Беларуская медычная думка.

№2 1928г.

Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

4-ты год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 2

ЛЮТЫ
1928

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

4-ты год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ
МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 2

ЛЮТЫ
1928

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

Напечатано во 2-ой типо-литографии Белорусского Государственного Изд-ва
Главлитбел № 848.
Тир. 650 экз.
Зак. № 1553.

Рабоча-Сялянскай Чырвонай Арміі, якая 10 год стаяла на варце дыктатуры пралетарыяту і сацыялістычнае культуры — наша шчырае прывітаньне!

РЭДАКЦЫЯ

ОТ РЕДАКЦИИ

Журнал „Беларуская Мэдычная Думка“ вступил в четвертый год своего существования.

Подводя итоги трехлетнего существования журнала, Редакция с полным удовлетворением может сказать, что журнал „Беларуская Мэдычная Думка“ действительно стал общественным и необходимым органом для всей врачебной массы Белоруссии. Это подтвердило и первое Всебелорусское Совещание Окружных Инспекторов Здравоохранения, консультантов и инспекторов НКЗдрава (16 января 1928 года), отметив по докладу Наркома Здравоохранения т. Барсукова: „Журнал взял правильное направление, освещая на своих страницах вопросы здравоохранения, а также теоретической, клинической и экспериментальной медицины“.

С настоящего номера журнал расширяется: дополнительно вводится официальный отдел для печатания распоряжений правительства по линии Здравоохранения и циркуляров НКЗдрава руководящего характера, будет расширен в дальнейшем реферативный отдел.

Как то, так и другое выдвигается самой жизнью. Сеть учреждений и количество медработников из года в год растет. Рассылка циркуляров руководящего характера по местам в связи с переходом на инспекториат затруднительна, с другой стороны в общей массе переписки эти циркуляры не всегда останавливают внимание медработников. Официальный отдел избавит инспектуры от лишней переписки, а местам даст возможность быть в курсе всех распоряжений НКЗдрава и в нужный момент быстро найти руководящие указания.

Расширение реферативного отдела диктуется запросами медицинских работников, главным образом на участках, не всегда имеющих возможность следить за новейшими достижениями в области практической медицины.

Само собой понятно, что, вводя официальный отдел, Редакция отнюдь не станет на путь сокращения основных отделов журнала. Вопросам общественного здравоохранения, вопросам экспериментальной, теоретической и клинической медицины Редакция попрежнему будет уделять maximum внимания.

Редакция надеется, что профессура БГУ и его сотрудники, а также и все медицинские работники Республики удвоят свое внимание журналу „Беларуская Мэдычная Думка“ посылкой своих трудов и материалов, а равно и подпиской на журнал.

Редакция надеется, что постановления 1-го Всебелорусского Совещания Окружных Инспекторов Здравоохранения, консультантов и инспекторов НКЗдрава по докладу Наркома т. Барсукова о журнале „Беларуская Мэдычная Думка“ (см. официальный отдел) усилиями всех медработников Белоруссии будут претворены в жизнь.

Цена на журнал, несмотря на расширение его, снижена: на год вместо 6 руб.—5 руб.

Редакция

Общественное здравоохранение и гигиена

На фронте борьбы за санитарную культуру

М. И. Барсуков

На последнем X Всесоюзном С'езде санитарных врачей и бактериологов, который происходил осенью 1926 года в г. Одессе, Наркомздрав БССР смело бросил лозунг об уточнении задач санитарной организации, о приближении ея к вопросам быта, о большей заинтересованности в вопросах коммунального благоустройства и общественного питания. Одним словом, нами был поднят целый ряд вопросов, которые связаны с санитарной культурой, санитарным переустройством нашего общества. Этот лозунг встретил живой отклик в медицинской литературе и положил начало дискуссии, которая не закончилась еще и поныне.

При дискуссии не мало слов упрека было сказано против нас. Здесь говорилось и о тенденции к возврату к доисторическому прошлому, об игнорировании старых традиций о профилактике и о сужении границ санитарной деятельности. Как последний самый веский аргумент некоторые авторы хотели использовать молодость и слабость нашей белорусской санитарной организации и все наши искания новых путей хотели подвести к явлениям детской болезни роста.

Все это, как и следовало ожидать, осталось лишь словами и текущая действительность самым решительным образом подтвердила правильность нашего подхода, нашего понимания санитарных задач.

Советская практика и все наше социалистическое строительство каждый день убеждают нас в правильности выдвинутых положений и все с большей настойчивостью ставит перед нами вопросы санитарной техники, санитарного оздоровления среды, в которой мы живем.

Особенно сейчас, когда вся наша партия, в лице XV Партийного С'езда, решительно взялась за старый Ленинский лозунг о культурной революции, нам надо еще настойчивее взять ставку на хату, баню и колодец, ибо если бы нам удалось внести новое содержание в эти три основные элемента всей нашей культуры—несомненно дело культурной революции было бы вполне обеспечено.

Последнее Всебелорусское Санитарное Совещание, второе по счету, которое состоялось 16-19 февраля в г. Минске, всесторонне обсудило создавшееся положение внутри санитарной организации и резко, твердо отвергло все нотки уныния, неверия в новые пути. Санитарное Совещание заявило, что кризиса сейчас уже нет и что новые задачи вовсе не являются какими то узкими, бесперспективными, напротив, только теперь, при новом подходе санитарная организация сможет поднять свой авторитет и популярность среди широких масс трудящихся.

Ведь на самом деле чем всего больше в былое время занимались санитарные врачи? Конечно, главным образом, вопросами борьбы с эпидемиями. Прививки, дезинфекция, развертывание заразных коек— вот собственно, что в основном заполняло рабочий день старого санитарного врача. Никто, конечно, не хочет этим умалить важность эпидемических проблем и затушевать громадную работу, которую в этой области провели санитарные врачи. Но вместе с тем не надо также забывать, что проблема борьбы с заразными болезнями не только упирается в прививки, „тыкательные“ пункты и заразные койки, что не это в конечном счете разрешит вопрос коренной ликвидации эпидемий. Мы прекрасно понимаем, что было бы бессмысленным стремлением покрыть всю БССР заразными койками вместо того, чтобы строить дома, проводить канализацию, улучшать водоснабжение и общественное питание. Никаких средств не хватило бы у государства, как богато оно не было бы, чтобы итти по этому пути наименьшего сопротивления, вместо того, чтобы строить культуру, улучшающую условия быта и труда. Также нам хорошо известно, какой кратковременный эффект имеют прививки, если сравнить их с теми положительными и длительными результатами, которые могут получиться при концентрации всех сил на санитарную технику, на те санитарные мелочи повседневной жизни, без которых трудно обойтись и отсутствие которых вызывает крайне тяжелые последствия.

Все это кажется азбучной истиной и у многих может появиться досадливое чувство—зачем об этом так много говорить? К сожалению, приходится все это разжевывать, потому что мы в огромной массе все новое воспринимаем, как некую доктрину абстрактного характера и втихомолку продолжаем жить постарому.

Совещание с большим вниманием заслушало доклад профессора Экземплярского о тех задачах, которые ставит перед собой вновь организованный Наркомздравом Санитарно-Гигиенический Институт. То, что в работе Института нашли свое отражение такие важные вопросы, как жилищное строительство, общественное питание и водоснабжение, показывает, что Наркомздрав желает дать научную базу нашей молодой санитарной организации под все те вопросы, которые на первых порах особенно нуждаются в твердом научном руководстве.

Так же, как и в центре мы и на периферии, в округах всю свою санитарную работу стараемся поставить в условия наиболее благоприятные в научном отношении. Такой научной исследовательской базой, по нашему мнению, могут быть санитарно-бактериологические лаборатории, которые должны об'единить вокруг себя санитарных врачей. Внутри этих лабораторий должна концентрироваться вся местная научно-санитарная мысль и эти лаборатории одновременно должны привлекать к себе внимание и всей советской общественности. Мы вовсе не хотим, чтобы лабораторный метод работы вытеснил общественные навыки у санитарных врачей. Напротив, при правильно организованной связи между лабораториями и секциями здравоохранения, а еще глубже и санитарными комиссиями Сельских советов—санитарным врачам легче будет проникнуть в толщу быта крестьянской и рабочей массы. Все вопросы, связанные с планировкой деревни, постройкой рабочих поселков, выяснением эпидемических очагов—смогут получить вполне авторитетное освещение на тех совместных конференциях, которые будут устраиваться окружными лабораториями, и на которых будут присутствовать помимо санитарных врачей также и другие работники—техники, близко соприкасающиеся с делом здравоохранения, и представители санитарной общественности. Мне ду-

мается, что было бы крайне целесообразно периодически на таких конференциях заслушивать доклады санитарных комиссий и в порядке обсуждения—инструктировать их, как лучше, правильнее вести оздоровительную работу.

На Всебелорусском Санитарном Совещании подобный опыт был уже проделан и впервые перед санитарными врачами отчитывались родственные нам по своей работе организации, как Наркомзем (огнестойкое строительство) и Церабсекция (общественное питание). Особенно с большим интересом Совещание заслушало доклад инженера Суховарова, в котором подробно, детально был разобран вопрос о качестве того бетонного материала, из которого сейчас Наркомзем предлагает строить жилые постройки. Здесь с наглядностью можно было убедиться, насколько большие задачи стоят в настоящее время перед санитарными врачами в деле изучения, с санитарной точки зрения, качества того строительного материала, который является хотя и дешевым, но далеко еще не вполне здоровым для жилищных целей. Бетонная проблема и вообще вопрос о хорошем дешевом строительном материале—должен привлечь внимание всей санитарной организации, ибо правильное жилищное строительство для нас является одной из основ радикального решения эпидемиологической задачи.

Лабораторное дело не следует ограничивать лишь территорией окружного города, надо снабдить и районных санитарных врачей хотя бы примитивным лабораторным набором для простейших анализов. На этот путь уже стал Наркомздрав и там, где есть на районе санитарные врачи, туда дается и походного типа лаборатория. Но этого мало. Мне думается, при малочисленности районных санитарных врачей, когда еще не каждый район имеет по одному санитарному врачу, необходимо к санитарной работе привлечь и районные больницы. Надо бросить старый взляд, что врач лечебник ничего общего не имеет с санитарными задачами и необходимо сделать перелом в психике всей врачебной массы в этом отношении. Пора уже, чтобы лечебники несколько разгрузили бы санитарных врачей и взяли бы на себя часть их работы, хотя бы в области прививочного дела. Тем более, что в условиях больничной обстановки это вполне допустимо и возможно. Нам надо взять курс, чтобы наши районные больницы стали бы центрами всей местной медицинской мысли, чтобы там крестьянин мог бы получить все то необходимое, которое освободило бы его от излишних поездок в окружной город. Надо создать в районных больницах благоприятные условия для лабораторной работы, организовать там всякого рода профилактические прививки и в первую очередь—антирабические. Надо приняться решительно и твердо за санитарное перевоспитание лечащих врачей и убедить их, что эпидемиологические вопросы, прививочное дело—их работа.

На Совещании раздавались также голоса о том, что правительство слишком мало отпускает средств на санитарное дело Необходимо этот вопрос хорошенько разобрать и дать точный, ясный ответ, насколько подобное мнение соответствует действительности. Мне думается, что основная ошибка всех, которые так подходят к оценке ассигнований на санитарное дело, заключается в том, что последними берется слишком узкий, чисто ведомственный подход к пониманию санитарных мероприятий. Передо мной лежит пятилетний план хозяйственного строительства БССР, в котором детально намечен целый ряд работ по коммунальному благоустройству, жилищному делу и общественному питанию, Все это требует от правительства миллионных кредитов, огромного количества средств, которые намечены к отпуску в течение бли-

жайших пяти лет. Спрашивается—это разве не санитарная политика государственной власти? Было бы крайне узким, ограниченным считать санитарным делом одно лишь увеличение количества санитарных врачей или лабораторий по Белоруссии. Конечно, никто не будет отрицать, что теперешнее количество санитарных врачей, особенно на районе, еще очень недостаточно, но вся санитарная проблема заключается не только лишь в одном количественном увеличении санитарной организации. Подобный односторонний подход никогда бы не разрешил оздоровительной проблемы, ибо санитарные врачи очутились бы в тупике, на пустом месте и вся бы их деятельность свелась бы к пустословию. Ибо только лишь широко развитая коммунальная сеть с целым рядом профилактических установок сделала бы реальной санитарную организацию и вывела ее бы из анабиотического состояния. Надо раз навсегда запомнить, что основное санитарное благополучие кроется не только в Наркомздраве, а во всей политике советской власти, во всем том хозяйственном строительстве, которое направлено на улучшение быта, на санитарную культуру в целом.

Из этого всего, конечно, не следует делать другого, слишком поспешного вывода, что на финансовом фронте санитарной организации все благополучно и нам не следует добиваться укрепления. Безусловно теперешнее финансовое состояние санитарной организации еще очень слабое. Наши лаборатории влачат довольно жалкое существование и заработная плата санитарных врачей еще заставляет желать много лучшего. Мы еще не имеем достаточного количества дезинфекционных камер, нет транспорта для перевозки заразных больных, нет достаточного эпидемического фонда для развертывания противоэпидемических мероприятий. Наша сеть санитарной организации очень слаба как по количеству, так и по качеству. Наши исследовательские работы упираются втупик из-за отсутствия необходимого количества средств и в силу этого целый ряд санитарно-статистических работ остаются не разработанными. Все это, конечно, заставляет нас быть крайне бдительными в смысле финансового укрепления санитарного дела и мы видим, что постепенно из года в год правительство принимает меры к большему развертыванию профилактической работы Наркомздрава. Но повторяю, никогда не следует забывать, что наша задача и при том основная, не только быть потребителями государственных средств, но и быть активизаторами той политики правительства, которая направлена на широкие оздоровительные мероприятия трудящихся, хотя бы эти мероприятия и проходили через другие ведомства и организации.

Мы много говорили и писали о роли советской общественности в деле здравоохранения, но, к сожалению, не всюду еще эта общественность использована санитарными врачами. Правда, здесь было много разных причин и из них, конечно, самая главная—недостаточное общественное воспитание врача. Теперь, пожалуй, эта причина уже уходит в далекое прошлое, но все же иногда дает о себе чувствовать и там, где нет чуткости, желания врача сблизиться с рабочими и крестьянскими массами—санитарная работа хромает на все сто процентов. Кроме этой основной причины есть несомненно и много других, из которых на двух я бы хотел остановиться. У нас до сего времени слишком много было различных форм этой советской общественности и функции всех этих организаций переплетались друг с другом. Так, например, были санитарные советы и секции здравоохранения; и те и другие, в сущности говоря, несли одинаковые обязанности. В настоящее время Наркомздрав сделал попытку точно регламентировать и сохранить те организации, которые действительно по своей структуре

являются наиболее жизненными и дееспособными. Наркомздрав отказался от принципа создавать подобные организации при административных аппаратах, т. е., при своих Окр. Инспектурах, а целиком перенес их на функциональные учреждения, с которыми они являются наиболее тесно связанными. Таким образом, мы имеем теперь, собственно говоря два типа:—секции здравоохранения при городских и районных советах и санитарные комиссии при сельских советах, а при лечебно-профилактических учреждениях—советы социальной помощи. Подобное распределение несомненно должно внести больше ясности и даст возможность трудящимся ближе подойти к интересующим их вопросам. То-же самое мы сделали и по отношению советов по борьбе с проституцией, связав их непосредственно с венерологическими диспансерами.

Но это только одна сторона вопроса. Самым слабым местом всегда являлось также и то, что все эти формы советской общественности не имели финансовой базы. Если совет социальной помощи кое-что получает из лечебного фонда „Г", то в худшем положении были санитарные комиссии сельских советов, которые страдали от хронического безденежья. Теперь и этот дефект, мне думается, близок к изжитию с введением закона о самообложении крестьянства. Нашим санитарным работникам и всей врачебной организации надо хорошенько продумать этот закон и найти общий язык с крестьянством, чтобы активизировать их желание помочь делу здравоохранения.

Уже помимо того, что можно убедить крестьянство строить на эти средства бани, колодцы, ремонтировать лечебные учреждения, мне думается, самым важным в этом вопросе будет тот подход, когда удастся средства, полученные от самообложения, вкладывать в санитарные комиссии, как общественный фонд на оздоровительные мероприятия. Это с одной стороны поднимет авторитет санитарных комиссий, с другой—даст возможность наилучшим способом осуществить общественный контроль над расходованием собранных средств на те санитарные мероприятия, которые, по мнению данного крестьянского коллектива, будут наиболее желательны. Санитарные комиссии вместе с врачем таким образом смогут втянуть в оздоровительную работу крестьянский актив и через широкое обсуждение всех этих вопросов еще больше их заинтересовать и санитарно просветить. В деревне особое внимание врачей должны привлекать все те крестьянские хозяйства, которые носят коллективный характер землепользования. Здесь на первом месте должны стоять коммуны, колхозы и совхозы. Необходимо подчеркнуть всю важность этого вида крестьянских хозяйств и в первую очередь их обеспечить санитарным наблюдением и образцовым санитарным состоянием. Здесь кстати надо подчеркнуть, что врачам, особенно санитарным, необходимо чаще прислушиваться к тем политическим лозунгам, которые выдвигает партия и советская власть, и больше участвовать в политических компаниях, проводимых на местах.

Надо помнить, что в деле практического осуществления проблемы культурной революции—медицинским работникам вообще и врачам в особенности будет принадлежать одно из первых мест, ибо санитарная культура—есть лучшее средство для ускорения социалистического процесса в нашей отсталой стране.

Переходный период санитарной организации на транспорте

Санврач С. А. Глебовский

Положение санитарной организации продолжает вызывать с мест отклики и все они не успокоительного свойства.

За последний год в целом ряде статей и заметок, появившихся в медицинской печати, определенно говорится именно о кризисе санитарной организации, причем он везде характеризуется общими явлениями неустойчивости личного состава, переходом санитарных работников в лечебные области работы, отсюда стойкой задержкой роста организации с большим числом пустующих вакансий.

Остается мало освещенным этот вопрос лишь в отношении санинспекции труда, но есть основания заключать, что в главном и основном отмечаемый кризис переживает и эта область санитарного дела.

Вначале, когда появление сообщений о кризисе санитарной организации носило как бы эпизодический характер, вне линии лечебно-санитарной работы они вызывали определенное недоумение, ибо со стороны казалось, что именно теперь санорганизация должна найти полное исчерпывающее применение своих сил, что в громадных областях коммунального хозяйства с переходом на крупные мероприятия по благоустройству, в росте промышленности и повсеместного жилстроительства санитарный работник прежде всего найдет свое место.

Сейчас кризис санитарной организации принял не только характер стационарного явления с вполне ясными очертаниями, но с прямым результатом его — недостатком санитарных работников.

В самой же массе санитарных работников переживаемый процесс, назовем ли его кризисом или переходным периодом, создает вследствие недостатка работников несомненную растерянность, неуверенность, перегруженность, отсюда неполноценность работы и достигаемых большими усилиями результатов.

Появившиеся в последнее время очерки положения санитарной организации и санитарного дела на крупных линиях транспорта [1]) устанавливают, что такой же кризис переживает и санитарная организация на транспорте, как на жел. дорогах, так и на водных-речных и морских путях.

Вполне естественно, что там, где кризис выражен крупнее, он рождает тревогу за санитарное дело: белые пятна пустующих санучастков имеют тенденцию становиться все шире и заметнее.

Стоя перед широчайшими задачами оздоровления трудовых масс и производственной обстановки, почти вплотную в прямом смысле этого слова пред индустриализацией союза, накануне перехода на крупные мероприятия по благоустройству населенных мест, по общест-

---

[1]) Гигиена и эпидемиология 1927 г. Июль. Основные принципы построения и санитарной деятельности на путях сообщения — Славин.

венной профилактике, по охране здоровья и труда, нельзя не признать серьезность отстающего, замедленного развития в той категории работников, на долю работы которых в этом строительстве должна быть возложена вполне определенная и ответственная часть.

Вот почему изучение вопроса о неустойчивости санитарной организации не должно быть делом только самой организации, ибо от правильного разрешения этого вопроса будет зависеть проведение оздоровления страны.

Останавливаясь на размерах кризиса в настоящее время, можно считать, что он, за исключением Москвы и Московской губернии, повсеместен и глубок. Так в Уральской области, в одной из наиболее промышленных областей Союза, где широкое строительство началось, а рост промышленности не может быть взят ни под какое сомнение, свободные вакансии санитарных врачей до последнего времени оставались не замещенными даже в особо ответственных по своему значению районах, в северных и северо-западных губерниях большинство мест санитарных врачей пустует, а из многих других — санитарные работники, как о том сообщают, бегут.

На транспорте кризис имеет свои особенности. Здесь на пересекающихся линиях жел. дор. и водных путей может быть и не так заметны белые пятна пустующих и незанятых мест, но значительное количество санитарных работников не имеет необходимой подготовки и сан. дело останавливается, а в крупных узлах транспортных путей, примыкающих к городам—они являются или только врачами с административными функциями санитарного надзора, нередко с основной, иногда крупной специальностью в лечебном деле, с приемом больных у себя или по городским лечучреждениям, или совмещают свою работу с рядом других и по перегруженности не в состоянии полностью отдавать свое время транспорту.

Поэтому на транспорте кризис преломляется несколько иначе, чем в территориальных организациях.

Переходя к сущности того комплекса причин, который вызывает неустойчивость санитарной организации, мы считаем своевременным предварительно сделать оговорку, что неудовлетворенность санитарных врачей своей работой, на чем нередко фиксируется главное внимание, не должна быть рассматриваема как отдельный фактор в ряду их. Конечно, она существует и прежде всего вследствие несоответственно больших усилий и сравнительно небольших результатов достижений, неоформленности об'ема работы, различных неудач и многих минусов положения санитарного работника; все это, как и многое другое участвует в том ряде переживаний, которые входят в этот комплекс, но неудовлетворенность не является первопричиной кризиса, а лишь следствием иных более стойких причин.

Что это так, говорит простая справка в недавнее прошлое. В нем было гораздо больше поводов к неудовлетворенности, а неустойчивость сан. работника входила как бы обязательной предпосылкой в общее положение организации. Но все же ни разгоны ея Штюрмером и Веретенниковым, приводившие к уничтожению или к расслоению организации, ни репрессивные меры по отношению к санитарным ячейкам—попечительствам, каплям детского молока, к лиге борьбы с туберкулезом не вызывали массового отхода от санработы. Этим вносилась в санорганизацию психическая травма, но она никогда не вызывала той бреши в рядах сан. работников, которую мы видим в настоящее время. Констатируемый сейчас повсеместно факт стремления врачей санкурсантов к практическим областям лечебного дела,

с изучением попутно с курсами по санитарной подготовке какой-либо специальности лечебного дела—явление совершенно новое.

Существует, следовательно, особая, совсем иными причинами обусловленная, неуверенность сан. работников в своем положении, которая играет в современном кризисе значительную роль.

Некоторые товарищи полагают, что кризис на транспорте обусловлен неправильным направлением самой организации вследствие того, что главное внимание организации уделено оздоровлению только транспортного населения, что составляет, по их мнению, лишь попутную задачу, а не изучению самого транспорта, т. е. транспортного хозяйства, основ технической и коммерческой эксплоатации и др. специфических особенностей транспорта. Сторонники этого взгляда полагают, что путем соответствующей организации работы в указанном направлении вполне возможно создать в сан. враче твердую непоколебимую уверенность в его безусловной необходимости населению, суметь показать населению реальную полезность сан. врача и лишь тогда могут выработаться надлежащие работники и специалисты в области санитарного дела.

Что касается неправильности общего направления деятельности сан. организации, то у нас, работающих на водных путях, это замечание вызывает только недоумение. Санитарная организация на водном транспорте никогда не работала вне самого транспорта: она всегда вплотную изучала и движущиеся единицы его, и его стационарные учреждения—мастерские, затоны, зимовки, самые условия производства, трудовую обстановку, равно как труд, быт и здоровье населения. Что такое направление было выдержанным и основным с первых его организационных шагов, сошлюсь на опубликованный 13 лет тому назад сборник[1]) докладов одного из окружных санитарных совещаний на водном транспорте. Он достаточно ясно очерчивает круг интересов сан. организации на транспорте. Вот перечень тем этих докладов:

а) санитарное состояние паровых судов, б) о применении временных сан. правил к паровым судам, в) санитарные требования к дебаркадерам, г) санитарное состояние непаровых судов, д) разработка дополнений санитарных требований к непаровым судам, е) об условиях жизни и труда плотовщиков, ж) о сан. требованиях к оборудованию плотов, з) общий очерк сан. состояния казенных снарядов, и) жилые помещения на казенных снарядах, к) о состоянии здоровья рабочих и служащих, на казенных снарядах, л) об условиях быта и службы постовых сторожей, м) об организации врачебно-продовольственных пунктов, н) о борьбе с загрязнением рек, о) об осмотре лиц, поступающих на службу, п) о дополнительном оборудовании лаборатории, р) об участии врачей в освидетельствовании паровых и непаровых судов и т. д.

Сборники сан. работ по Волжской организации, и за более ранние годы, содержат бесспорные доказательства, что транспортное санитарное дело ставило в основу деятельности не только рабочее население, но и план оздоровления транспорта: его изучение стояло на одном из первых мест. Нагрузка и разгрузка речных судов, обследование трюмов, исследование сточных и трюмных вод, вентиляция машинных отделений и кочегарок, изучение самих судов, брандвахт и землечерпалок со всеми сторонами работы на них—все это лишь отдельные заголовки, которыми пестрят отчеты сан. организации водных путей.

[1]) Труды санитарного совещания Виленского ОПС 1914 г.

Если где-то эта работа порвалась, никто не будет оспаривать, что ее необходимо и как можно скорее восстановить. Но этот путь не новый, он как теперь, так и раньше обязателен для каждой санитарной организации, транспортная она или территориальная: не пройдя этого пути, нельзя знать транспорта, ни работать на нем. При этом делать какие-либо из'ятия из изучения здоровья труда и быта транспортника, переводить ее только в работу попутную, совершенно недопустимо. Как можно подойти к оздоровлению транспорта через голову транспортного населения, минуя его своеобразные, специфические условия жизни труда, с его вредностями и обособленной жизнью, большая часть которой проходит на движущем составе—в поездах, на судах, на брандвахтах, дебаркадерах, землечерпалках.

Такое предложение отбрасывает санитарного работника от трудового населения и окончательно разложив те взаимоотношения, какие установились между ним и санитарной организацией, поведут к большему кризису, чем он есть в действительности.

Нет, не в этом лежит существо кризиса, не в этом состоит и выход из него.

Наиболее серьезное значение в работе санитарной организации имеет последующий после изучения и обследования переход на практические меры. Именно, здесь, пред каждой санитарной организацией встают настоящие затруднения и испытания, имеющие несомненное и большое влияние на современный кризис.

Не одно только отсутствие материальной базы для санитарных мероприятий затрудняет этот переход, хотя оно является главнейшим тормазом. На транспорте все же затрачиваются в связи с восстановлением его, жилстроительством, новым переоборудованием, а на главных линиях, где он обслуживает промышленные и производственные секторы союза, ежегодно крупные средства: на наших глазах расширяются основные базы, как порты, железнодорожные узлы.

Здесь то и выростает первый ряд затруднений для активного участия сан. организации.

К внешним затруднениям для влияния санитарной организации на эту сторону жизни транспорта прежде всего относится отсутствие на транспорте единого отдела, об'единяющего производство этих работ: они проходят по нескольким сразу отделам транспорта, на водных путях отдельно по госпароходству и отдельно по Управлению пути. С другой стороны, ни в санитарном законодательстве, ни в соглашениях Наркоматов между собой нет регламентации обязательного участия санитарной организации при разрешении этих вопросов. И, наконец. значительная часть этих работ проходит не в плановом порядке, которому могло бы предшествовать обстоятельная подготовка к строительству, а они проводятся по мере отпуска средств, причем при недостатке увязки между отделами, службами, агентствами, конторами, санитарной организации невозможно своевременно быть в курсе всех работ.

В этом отношении одно изучение коммерческой или технической эксплоатации транспорта или сметно-хозяйственных планов его не дает нужной позиции санитарной организации.

Гораздо правильнее мысль, что этот вопрос—и не на транспорте только, а также и на территории, должен быть урегулирован законодательным порядком, путем образования сан.-технических консультаций, чрез которые должно проводиться все производственное и крупного размера строительство, включая сюда и жилстроительство

Построение этого аппарата, необходимость которого диктуется запросами санитарного дела и его интересами, должна стать основным требованием и предметом самой всесторонней проработки.

Существующий кое-где порядок предварительного рассмотрения планов и проектов строительства не может итти в счет по своему чисто формальному характеру: он поставлен несерьезно, сводится в большинстве случаев к автоматическому оформлению их, к тому же задним числом, и по своему построению не является инстанцией с бесспорной компетенцией. Получаемые в этом порядке разрешения на постройки и перестройки не имеют удельного веса и не пользуются авторитетом ни в технической, ни в санитарной среде.

Но чтобы новое ядро вновь не стало мертвой инстанцией, куда может перейти и прежний формализм, необходимо провести учет наших сил для этой работы и, что важнее всего, увязать новое требование к санитарной организации с пересмотром всей системы подготовки сан. работников.

Точный учет требований к сан. организации с полной ясностью требований на ея подготовку, с оценкой ея неудач, отсталости и причин задержки роста единственно могут дать правильные указания, каковым должно быть переустройство внутри организации.

От правильного разрешения этих вопросов будет зависеть, пойдет ли жизнь поверху сан. организации, минуя ее, как и раньше, приводя на каждом экономическом этапе к крушению наших надежд, нанося жестокие удары и разочарование, сводя санитарное дело к далеко неполноценной работе административно-санитарного надзора, или санитарная организация застрахует себя от новых неудач, переустроит свою подготовку с той стороны, где ей может в какой-либо степени угрожать новый срыв работы и станет действительно активной силой в проведении новых форм организации производства, труда и составной частью в аппарате восстановления транспорта и строительства на нем.

Здесь мы подходим к существу кризиса санитарной организации.

Современный кризис санитарной организации состоит не в неправильном уклоне ея работ и не в из'янах плана, равно не в каком-либо внешнем давлении или ущемлении ее: он состоит в том, что санитарная организация ни по своей подготовке прежде всего, ни по своим силам и средствам не стоит на уровне современного роста страны, в том, что она с каждым годом отстает от него и ея деятельность превратилась во многих случаях лишь в фотографирование проходящих перед глазами явлений нашей экономической жизни, а не в обхвате запросов роста страны, не в реальном удовлетворении их.

Можно, конечно, как жить, так и работать по инерции, не тише и не быстрее, чем течет местечковая или провинциальная жизнь, но тогда всякое дело, в том числе и санитарное, превращается сначала в крохоборчество и, в конце концов, в свою противоположность.

Там, а это встречается не так редко, где санитарная деятельность стоит на этом уровне, она лишена целостности своего устремления, превращена в работу, где наслоения случайны, развитие лишено внутренней связи и сама деятельность не об'единена каким-либо планом или программой.

До какой степени беспомощности доведены иногда сан. организации, силою внешних обстоятельств, в условиях которых некоторые из них находятся, говорит хотя бы тот факт, что у участковых сан. врачей до последнего времени не было ни нужной книги, ни необходимого руководства, никакой научной книги или руководства, средств

на опыт, анализ, проверку своей работы, никаких ассигнований, чтобы хотя бы раз в году об‘ехать свой район и очень отдаленная возможность командировки на курсы. Старые плакаты на стене, засиженные мухами и гордость лекпома-делопроизводителя—кассовая, инвентарная, приходо-расходная книги, журналы лицевых счетов, входящих и исходящих бумаг и бесконечно меняющиеся формы отчетности—вот недавний облик рабочей комнаты санитарного врача, и не на транспорте только.

Во многих местах и по настоящее время линейное построение санитарной организации на территории и на транспорте немногим чем отличается от указанного. Что эта характеристика рабочей обстановки участкового и линейного сан. врача не преувеличена, можно сослаться на громадный материал местных совещаний и санитарных с‘ездов. Как на отдельный факт, свидетельствующий, что в ней нет утрировки, что наша характеристика взята из самой действительности, можно указать, что даже на морском транспорте, где в работу санитарной организации входят, помимо судонадзора, обслуживание портов, этих крупнейших узлов нашего экспорта, где организация несет обязанности как бы сторожевого санитарного охранения, рабочая обстановка санитарного работника и его положение нисколько не лучше: для полной об‘ективности с приближением к фотографическому снимку недостает разве только упоминания о двух десятках мангал и небольшом запасе дезинфекционных средств. Если же к этому добавить, что портовые сооружения с каждым годом, в связи с усилением экспорта и импорта, привлекают к себе больше внимания, а некоторые из них на наших глазах выростают в мощные узлы государственного аппарата внешней торговли, что они привлекают массы рабочих и усиливают рост механизированных установок, мастерских, доков, жилищное строительство, то совершенно очевидно, что построение санитарной организации на этой линии требует безотлагательной реорганизации.

Вообще необходимо совершенно изменить существующий взгляд на периферические линии. Будучи близкой к массам, работа санитарной организации на этих линиях проходит заметнее и более выпукло, в нее вносится все, чем живет линия, она универсальна, санитарному работнику здесь не на кого опереться, кроме как на самого себя и потому она не менее ответственна чем там, где к услугам сан. врача и лаборатории, и научные институты, и постоянное соприкосновение с рядом других санитарных организаций. Именно здесь, на периферических линиях выкристаллизовывается отношение населения к санитарной работе, здесь же громадное большинство санитарных работников получает первые впечатления от жизни, труда и обстановки своей деятельности.

Можно понимать значение таких аргументов, как тот, что в настоящее время в стране нет экономических возможностей для осуществления крупных санитарных мероприятий, но основное построение санитарной организации должно быть правильным и серьезным: оно должно давать стимул к работе и опорную базу для деятельности. Нельзя, с одной стороны, всегда и при всех обстоятельствах выдвигать на первый план значение профилактической деятельности и санитарной работы, а, с другой, фактически ставить санитарного работника в условия невозможности выявления его деятельности.

В этих условиях находит свое об‘яснение все увеличивающаяся брешь в рядах санитарной организации: там, где санитарная работа лишена minimum‘а условий, где она обречена на неуспех, там никакое

обаяние самой личности санитарного работника не может спасти ее от упадка. То, что санитарный работник один за другим выходят из организации, переходя в другие области медицинской деятельности, является лишь отражением его часто тяжелых переживаний и вполне естественно: революция дала такие могучие импульсы к творческой работе в разносторонних областях медицинской мысли и дела, что труд, превращенный в медленное вялое пищеварение, никого уже удовлетворить не может.

Отсюда—один вывод. Санитарная сеть, ее построение и трудовая обстановка должны быть поставлены на уровне пред'являемых к ней требований, на учете их должна быть перестроена каждая единица в ней и для каждой из них должны быть даны условия для применения практических знаний, опыта, подготовки, где она есть, и для приобретения их, где таковой нет. Одно нормирование единиц санитарной сети, ставящее ее во всем остальном в полную зависимость от бюджета и личного отношения заведывающих аппаратами Здравоохранения, ведет лишь к маломощности и внутренней слабости основного построения. Отклики с мест свидетельствуют, что там, где во главе последних стоят лица, лишенные внутренней связи с санитарным делом, оно решительно отметается в сторону и никакая регламентация его из центра не может сама по себе поднять его, когда оно выпадает из поля зрения руководителя аппаратом. Мы не отрицаем, что к улучшению положения санитарных работников в последние два года принимаются некоторые меры, но они не эквивалентны тому, в чем они прежде всего нуждаются, что ясно и определенно тормозит спокойное и последовательное развитие санитарной работы.

Лишь тогда, когда подготовка сан. работника станет на уровне современных требований к нему, тогда изменится материальная обстановка его труда, когда во всех отношениях он будет подготовлен не только к работе, но также к сильной, яркой пропаганде своего дела, когда он внесет в него твердую линию практического работника, первое знакомство с которым уже внушает уверенность, что он реальный человек, что его предложение—не голые схемы, что они всегда практически целесообразны, только тогда у санитарной организации не будет ощущения постоянно ускользающей действительности и явится не одна лишь уверенность в своем деле, но и устойчивость в нем, как у каждого работника, твердо стоящего на собственных ногах.

Именно в санитарном деле, где каждый этап работы не отделим от предварительной борьбы за каждый шаг работы, где мы проходим по основательно заброшенной в свое время области, где застой переходит в движение только после того, как Ростовский водопровод с десятками тысяч брюшно-тифозных больных или отравления на ф-ке „Треугольник", продемонстрирует наше санитарное неблагополучие, где в отношени сан. деятельности даже среди врачебной массы твердо сложилось убеждение, что сан. мероприятия, как общеизвестные, при своем осуществлении требуют лишь умелого ведения дела, а не специальных знаний, необходимо, чтобы каждый сан. работник проходил серьезную научно-практическую школу.

Никогда подготовка сан. работников не была так настоятельна и так неотложна, как сейчас.

Не следует забывать, что предшествующие 10 лет все наши силы были отданы лечебной помощи и сан. работник только косвенно был связан с сан. делом; в борьбе с разрухой в лечебной помощи, в работе восстановления ея, в новом лечебном строительстве, в развитии лечебно-профилактических учреждений сан. организация видела преем-

ственно свою основную роль и исторически это было правильно, но тем же самым санитарное дело было отодвинуто на 10 лет назад.

Такое положение сан. организации еще не изжито: во многих аппаратах здравоохранения сан. работник не вышел из медицинского дела. И это понятно, потому что организационный опыт сан. работника, выработанный им на земской работе, в такой же степени необходим теперь и для лечебного дела, поставленного в Сов. Республике в русло широкой профилактической работы.

Пересмотр общего положения санитарной организации в этом отношении выдвигается и другими соображениями.

В наблюдаемом кризисе имеет значение не только масштаб или размеры его, сколько, то, в какой обстановке он протекает. Нет ни малейшего сомнения, что если бы в несколько схожие условия с сан. врачом где либо был поставлен с такой же подготовкой и в такой же материальной обстановке лечебный врач, работающий в ответственном специальном учреждении, например, хирург или гинеколог в больнице для застрахованных, то на первом же пленуме профсоюзов или исполкома был бы ликвидирован и он сам, и тот аппарат здравоохранения, к которому относилась бы эта постановка дела; с таким положением сейчас никогда бы не примирился и сам врач в своих личных интересах. А в санитарном деле, в какую бы карикатурную форму не превратилась работа, она нередко годами мирно течет своим путем-дорогою, лишь изредка становясь на повестку рабочего и общественного дня.

Причины этого явления лежат не только в малой культурности нашей жизни, не только в отсталом сан. состоянии ея, но и в том, что ни аппарат, возглавляющий лечебно санитарное дело на местах, не находится часто на должном уровне понимания общественно-государственных задач санитарного дела, ни сама санитарная организация в наше время не состоит из идеологически однородной среды, которая повсеместно энергично борется с явлениями собственного упадка и разложения.

Надо признать существующим факт, что санитарное дело не только во многих местах отодвинуто назад, но оно органически не везде вошло даже в сознание руководителей лечебно-санитарными аппаратами: не даром в откликах с мест так много указаний, что именно здесь санитарная деятельность часто штампуется в ретирадном смысле, а вследствие к тому же чувствительности аппаратов к требованиям на такую работу со стороны учреждений и союзов, в санитарную деятельность вносится масса ненужных, отрывочно бесцельных заданий, благодаря чему основные цели оздоровления отходят на задний план.

Вот почему прежде всего необходимо поднять авторитет санитарного работника, а этого можно достигнуть единственно путем коренной реформы его образования, как это сделано для многих новых отраслей в лечебном деле.

С другой стороны сан. организация сейчас более чем когда либо разнородна и состоит из двух различных группировок. Первая, к которой принадлежит очень многочисленная группа работников, сложилась в период революции, когда в санитарном деле чрезвычайно разрослись функции административно-санитарного надзора, когда из санитарного дела фактически выпала вся другая работа и санитарные работники перешли на обслуживание лечебной помощи. В этой группе не мало молодых врачей, у которых еще не закончен процесс колебаний, около какого дела—санитарного или лечебного стать, с каким из них связать свою жизнь, у других же совершенно случайно отор-

вавшихся от лечебного дела, остается и сейчас прочная связь только с ним, с которым они и раньше были внутренно связаны. Для этой категории работников судьбы санитарного дела и сан. организации совершенно безразличны: их связь с работой и с интересами той и другой только внешняя. Понятно, что никакой иной, кроме административной и санитарной работы они вести не в состоянии и их интересы лежат вне линии какой-либо углубленной санитарной деятельности.

Вторая группа—это те работники, которые идеологически связаны, какая бы ни была у них подготовка, с санитарной работой, для них она та единственная работа, которой они живут, в которой растут, становясь впоследствии крупными специалистами и руководителями в различных областях ея. Только эта группа органически и неделимо принадлежит сан. организации, только на учете ея сил можно судить об активных силах для санитарной работы, которой располагает транспорт.

К сожалению, тяжелая обстановка санитарной работы, с постоянной неуверенностью за судьбу своего дела, часто отбрасываемого в исходное положение при очень отдаленной перспективе получить твердую квалификацию, вынуждает гораздо чаще именно этих работников отходить от линейной работы на транспорте и искать научного труда в институтах, лабораториях.

Предоставление сан. работнику возможности, хотя и с большими усилиями, сильным напряжением возместить потерянное время, целые годы, прошедшие в отрыве от сан. дела, единственно могут приостановить отслаивание этого наиболее ценного пласта в нашем деле, а коренная реформа образования и подготовки должна привлечь новые силы и автоматически произведет необходимую дифференцировку во всей толще организации.

В этом отношении пока ничего не сделано: курсы для сан. врачей в том виде, в каком они существуют, ни количественно, ни качественно, ни организационно не удовлетворяют существующих потребностей в них.

Прежде всего они чрезвычайно малы своей пропускной способностью. Для самой небольшой по численности санитарной организации по существующему положению нужно от 5-ти до 7-ми лет, чтобы каждый работник мог через них пройти.

Совершенно неудовлетворительны они и своей постановкой. Для того, чтобы уровень знаний санитарных работников был доведен до современных требований к их работе, санитарные курсы должны быть и более продолжительными и более углубленными. К ним в качестве руководителей должны быть привлечены наши крупнейшие технические силы, работающие по коммунальному благоустройству, по жилстроительству, по отдельным отраслям производства, а для подготовки транспортного санитарного врача, кроме этих отделов в курсовые программы должны войти строительство на железных дорогах, судостроение, в работе курсов должна найти отражение вся судовая гигиена с ея практическими вопросами, практика европейской техники и научная разработка наименее продвинутых вперед сторон санитарной практики.

Только тогда перед сан. работниками будет очерчен об'ем его дела и в каждой области его у него будет запас, пусть далеко не полных, но основных, а, главное, практических знаний.

В медлительности организации таких курсов повинны не только наши плохие средства, но, очевидно, в центре нет отчетливого представления о том, как глубоко отстала санитарная работа в своем развитии и от лечебного дела и от запросов к ней самой.

Что касается организационной структуры существующих санитарных курсов, самым крупнейшим недостатком их являются две стороны—первая, нередко телеграфные вызовы на курсы, которые застают места врасплох, и вторая, полная зависимость командирования от лиц, возглавляющих тот или иной аппарат здравоохранения: слишком часты отводы в командировках, отказы в содействии к выезду по месту курсов, ссылки на неудобное время, на обременительность расходов. Последний мотив звучит с такой постоянностью, что вопрос о материальной основе для командировок требует твердого решения. Слишком часто таким путем срывается подготовка санитарного работника и притом прежде всего линейного, а на территории—участкового.

Нужно освободить санитарное дело от несомненной скованности его внутри аппаратов, признав суверенность его прав на свое не прикладное, а самостоятельное существование и независимое положение.

Наше предложение не должно быть понято, как стремление к отрыву сан. организации от общего аппарата—это было бы несомненной ошибкой, но повсеместно должна быть проведена твердая линия по оформлению санитарных кредитов за санитарным делом и эти кредиты должны занимать вполне самостоятельное место в сметах на здравоохранение и в пределах ея организация должна иметь возможность самостоятельного их распределения. В этих сметах должны найти место ассигнования на необходимую для работы обстановку, проверку своего опыта и передвижения по району.

У нас нет никаких сомнений, что тяжелый переходный период в нынешнем положении сан. организации своевременно будет изжит, что будут созданы условия и обстановка, необходимые для работы по оздоровлению страны, что кризис—это болезнь роста санитарного дела уйдет в прошлое, как дурное воспоминание.

Жизнь не ждет, она стучит в дверь, требуя санитарного совета и заключения, и небезответственного или поверхностного, а хозяйственно-твердого, научно-проверенного, практически взвешенного. Не получая ответа и раз и два, она идет мимо отстающего дела равнодушно и бесстрастно, как проходим мы по сухому листу осени.

Материалы к вопросу о местном водоснабжении гор. Минска

(Из кафедры Общей Гигиены Медфака БГУ. Директор проф. Б. Я. Эльберт)

Д-ра Гельберг С. И., Фрейдин М. Л., Ватман Б. Л.

В условиях Белоруссии, где даже в большинстве окружных центров, совершенно отсутствует центральное водоснабжение, вопросы местного водоснабжения приобретают особое значение. В городе Минске существующее центральное водоснабжение охватывает лишь центральные районы города (неполностью), фабрики и заводы, лечебные учреждения и незначительную часть окраин. По данным Электроводопроводной станции количество населения, снабжаемого водопроводной водой, составляет 55%. Таким образом в центре Белоруссии, в городе Минске, вопросы местного водоснабжения продолжают играть важную роль, так как 45% населения питаются водой из большого количества колодцев, разбросанных на территории города, в особенности на окраинах. Несомненно, что к этому вопросу, как к одному из важнейших в отношении благоустройства города, надлежит отнестись с должным вниманием. Вот почему мы охотно согласились, по предложению проф. Б. Я. Эльберта, заняться изучением местного водоснабжения гор. Минска, к которому мы приступили в апреле 1926 г.

В настоящей работе мы представляем данные об исследованных 58-ми колодцах, причем анализ воды в них произведен лишь однократно. Само собой разумеется, что настоящие данные вовсе не являются исчерпывающими. Наши данные являются лишь небольшим материалом по указанному вопросу, который подлежит более детальному и всестороннему изучению. Ввиду, однако, полного отсутствия каких-либо систематических данных по вопросу о состоянии местного водоснабжения гор. Минска, мы полагаем, что настоящие сведения могут представить известный интерес, а также привлечь внимание соответствующих организаций к данному вопросу.

Целью настоящей работы было в основном выявить, что представляют колодцы в санитарном отношении и какой водой питается население, пользующееся этими колодцами.

Обследование колодцев проводилось по специальной анкете, которая прилагается ниже.

I.

Проанализировав в отношении санитарного состояния колодцев данные, полученные при разработке карт обследования, мы получили следующую картину (см. приведенную ниже сводную таблицу).

По местонахождению колодцев: расположены во дворе—81,05%, на улице—3,44%, на огороде—6,89%.

По близости от источников загрязнения: помойные ямы—32,7%, уборные—6,89%, тротуар—17,24%, скотный двор—3,44%, предприятия 3,44% (более подробные данные см. ниже).

По месту расположения колодца: на низком месте—36,2%, на уклоне—24,13%, на возвышенном—25,86%.

По обделке почвы у колодца: замощено вокруг колодцев—31,03%, разрыхлена почва—3,44%, не замощено—53,45%.

По типу: большинство колодцев буровые трубчатые—56,90%, остальные—шахтные.

По материалу стенок: буровые трубчатые колодцы построены из оцинкованных труб, шахтные из дерева сосновой породы и лишь в одном случае из дуба.

По глубине колодцев: глубина колодцев самая разнообразная, максимальная глубина—26 саж., минимальная—2 саж. Менее глубокими являются шахтные колодцы (подробно о данных обследования ниже).

По высоте сруба: высота сруба над почвой колеблется от 1½ до ½ аршина.

Водопод'емные сооружения: в трубчатых колодцах вода подается насосом, а в шахтных—ворот и общественная бадья.

По давности сооружения колодца: большинство колодцев сооружены 15-20 лет тому назад. Лишь—7 построены в последние 6-7 лет.

Состояние (техн.) колодцев: нуждающихся в ремонте к моменту обследования—18,96%, в относительной исправности—72,42%.

Утепление колодцев: 86% обследованных колодцев зимою не утепляется и вода в них не замерзает, исключая 2-3 случаев. Остальные утепляются соломой и навозом.

По принадлежности: 80,7% колодцев принадлежат частным лицам, остальные—Комхозу, Жилкооперации и предприятиям.

Сводные данные санитарного обследования колодцев г. Минска по картам обследования

Местонахожд. источн.	Колич. колод.	В %
а) На улице	2	3,44
б) На дворе	47	81,05
в) На огороде	4	6,89
г) Нет данных	5	8,62
Месторасполож. ист.		
а) Низкое	21	36,2
б) На уклоне	14	24,3
в) Возвышенное	15	25,86
г) Нет данных	8	13,81
Обделка почвы у колодцев		
а) Замощено	18	31,03
б) Взрыхлено	2	3,44
в) Не замощено	31	53,45
г) Нет данных	7	12,18
Тип колодцев		
а) Шахтные	16	27,58
б) Бурово-трубчат.	33	56,90
в) Нет данных	9	15,52
Материалы стенок		
а) Из оцинк. труб	33	56,90
б) Из сосновой породы	13	22,42
в) Из дуба	1	1,72
г) Из неизвестн. пор.	1	1,72
д) Нет данных	10	17,24

Глубина источника	Колич. колод.
а) В 26 саж.	1
б) „ 25 „	2
в) „ 24 „	1
г) „ 23 „	1
д) „ 22 „	3
е) „ 21 „	1
ж) „ 20 „	3
з) „ 19 „	1
и) „ 18 „	4
к) „ 16 „	3
л) „ 15 „	1
м) „ 13 „	1
н) „ 12 „	1
о) „ 11 „	1
п) „ 7 „	2
р) „ 6 „	2
с) „ 5 „	1
т) „ 4 „	4
у) „ 3 „	1
ф) „ 2 „	3
х) Нет данных	21

Близость к источнику загрязнения	Колич. колод.	Примечание
а) С помойной ямой . .	19	В 2-х шагах — 2 кол.
б) С берегом реки .	2	„ 3 „ — 1 „
в) С уборной . .	4	„ 5 „ — 3 „
г) Со скотн. двором . .	2	„ 7 „ — 1 „
д) С керосинов. резерв. .	1	„ 10 „ — 2 „
е) С колбасной фабрикой .	1	„ 15 „ — 4 „
ж) С жилыми домами .	14	„ 18 „ — 1 „ „ 20 „ — 1 „
з) С тротуаром . .	10	„ 25 „ — 1 „
и) Нет данных . .	5	„ 40 „ — 2 „
		На большем расстоянии . 35

Высота стенок над почвой	Колич. колод.	Примечание
а) В 1/2 саж. . .	3	Эти данные касаются лишь шахтных колодц.
б) „ 1/3 „ . .	6	
в) „ 1/4 „ . .	5	
г) „ 1/6 „ . .	1	
д) Нет данных . .	1	

Водопод'емные сооружения	Колич. колод.
а) Общественная бадья .	11
б) Насос	36
в) Ворот	1
г) Без сооружен. . .	5
д) Нет данных . . .	5

Когда сооружен источник	Колич. колодцев
а) 50 лет тому назад .	1
б) 26 „ „ . .	3
в) 25 „ „ . .	4
г) 21 „ „ . .	3
д) 20 „ „ . .	7
е) 18 „ „ . .	2
ж) 16 „ „ . .	3
з) 15 „ „ . .	9
и) 14 „ „ . .	2
к) 13 „ „ . .	3
л) 12 „ „ . .	4
м) 11 „ „ . .	2

Когда сооружен источник	Колич. колодцев
н) 7 лет „ . .	3
о) 3 года „ . .	1
п) 2 „ „ . .	1
р) 1 „ „ . .	2
с) Нет данных . . .	8

Состояние колодцев	
а) Нуждающ. в ремонте .	11
б) Состояние удовлетвор. (относительно) . .	42
в) Нет данных . .	5

Вышеприведенные данные о санитарном состоянии колодцев, с достаточной ясностью указывают на явно неудовлетворительное состояние многих из них: налицо нарушения санитарных норм, как в отношении технического оборудования, так и в отношении пользования колодцами. Близость колодцев к источникам загрязнения, низкое расположение их, недостаточная глубина в шахтных колодцах при условии отсутствия канализации и значительного загрязнения почвы, общественная бадья, в некоторых случаях стирка белья и водопой у колодцев—все это и целый ряд других моментов являются достаточными показателями неудовлетворительного санитарного состояния колодцев.

Наиболее неблагоприятными в санитарном отношении являются шахтные колодцы, между тем как трубчатые находятся в относительно благоприятных условиях (см. привед. выше таблицу).

II

Приводим данные химико-бактериологического анализа воды из обследованных колодцев. Данные сгруппированы в таблицы по районам города. (См. табл. № 1, 2, 3).

Таблица 1

Анализ воды колодцев, обследован. во II районе гор. Минска

№№ по порядку	Наименование улиц	Физические свойства				Данные химического анализа										Данные бактериологическ. анализа		Примечание	
		Цвет	Запах	Вкус	Прозрачность	Реакция	NH_3	N_2O_3	N_2O_5	Fe	SO_3	Жесткость общ.	Жесткость устраним.	Окисляем.	Cl.	Количество бактерий	Коли-титр	Тип колодца	Дата анал.
																			1927
1	Комаровка . .	без	без	без	полн.	щелочн.	2,0	0,5	полож.	следы	пол.	28,4	12,6	18,0	245,0	не произв		шахт.	29/III
2	" . .	сл. желт	"	"	"	"	3,0	0,5	"	сл. пол.	следы	14,4	12,6	17,6	175,0	"	"	"	29/III
3	" . .	без	"	"	"	"	1,0	0,25	"	следы	сл пол.	17,44	13,38	17,3	170,0	"	"	"	29/III
4	" . .	"	"	"	"	сл. кисл.	3,5	1,5	ясн. пол.	"	полож.	15,64	10,47	17,0	2,55	"	"	"	9/IV
5	" . .	"	"	"	"	"	0,25	0,25	полож.	"	следы	9,184	6,88	8,5	90,0	"	"	"	9/IV
6	" . .	"	"	"	"	"	0,25	0,25	"	"	"	16,35	11,0	7,0	75,0	"	"	"	9/IV
7	" . .	"	"	"	"	"	0,25	0,125	следы	"	"	17,44	16,21	8,3	75,0	"	"	"	9/IV
8	Ямная .	"	"	"	"	сл. щел.	0,125	следы	"	"	"	20,72	14,36	6,3	70,0	"	"	"	7/IV
9	1 Долгобродская .	"	"	"	"	кисл.	0,125	"	сл. пол	нет	"	20,72	17,89	7,4	46,0	"	"	"	7/IV
10	" .	"	"	"	"	"	0,25	"	полож.	"	нет	14,67	11,84	7,3	68,0	"	"	"	7/IV
11	Борисовск. тракт	"	"	"	"	щелочн.	0,5	0,125	ясн пол.	следы	пол.	17,44	17,08	16,0	295,0	"	"	"	5/IV
12	" "	"	"	"	"	"	1,0	0,5	"	сл. пол.	"	20,2	14,36	8,0	195,0	"	"	"	5/IV
13	" "	"	"	"	"	"	0,5	1,0	"	нет	следы	28,44	13,72	8,3	197,0	"	"	"	2/IV
14	Логойск. тракт .	"	"	"	"	"	0,5	0,5	полож.	следы	"	20,2	17,8	7,3	165,0	"	"	"	2/IV
15	" " .	"	"	"	"	сл. щел	0,5	0,25	"	"	"	11,9	8,26	7,4	164,0	"	"	"	2/IV
16	Ст. Логойск. тракт	"	"	"	"	"	следы	следы	нет	"	"	9,18	6,6	2,5	8,0	"	"	"	2/IV

Таблица 2

Анализ воды колодцев, обследованных в III районе г. Минска

№№	Наименование улицы	Физические свойства: Цвет	Запах	Вкус	Прозрачность	Данные химического анализа: Реакц.	NH_3	N_2O_3	N_2O_5	Fe	SO_3	Жесткость: общ.	устран.	Окисляем.	Cl.	Данные бактер. исслед.: Колич. бакт.	Коли-титр.	Примечание: Тип колод.	Дата исслед.
1	Ул. Толстого	без	без	без	полн.	сл.щел	нет	нет	ясно полож.	нет	Ясно полож.	20,72	15,4	2,002	174,0	н. д.	> 100 куб.	трубч.	20/IV-26
2	„ „	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	29,12	14,28	1,794	120,0	„ „	> 100	„	20/IV-26
3	„ „	„	„	„	опалесцир.	„	„	„	нет	„	следы	15,12	14,0	2,6	25,0	„ „	> 100	„	31/V-26
4	„ „	„	„	„	полн.	„	„	„	следы	„	„	19,6	12,6	2,7	83,0	„ „	> 100	„	31/V-26
5	„ „	„	„	„	„	„	„	„	нет	„	„	14,56	12,88	1,7	22,0	„ „	> 100	„	31/V-26
6	1-й Безымян. пер.	„	„	„	„	нейтр.	„	„	„	„	„	20,72	14,0	1,635	68,0	„ „	> 100	„	20/IV-26
7	Московская	„	„	„	непол. осадок	„	„	„	„	пол.	нет	14,3	13,4	3,5	92,0	„ „	> 100	„	6/V-26
8	Ул. Дзержинского	„	„	„	полн.	сл.щел	„	„	„	нет	следы	16,8	11,48	2,1	34,0	„ „	н. д.	„	13/V-26
9	„ „	„	„	„	„	„	следы	„	„	„	„	14,56	13,44	2,8	11,0	„ „	„ „	шахтн	13/V-26
10	Грушевская	„	„	„	„	„	нет	„	слабо полож.	„	сл.пол.	17,64	10,92	2,6	64,0	„ „	„ „	трубч.	13/V-26
11	Григорьевская	„	„	метал.	сл.опалесцир	„	следы	„	нет	„	пол.	16,8	14,54	3,8	30,0	„ „	> 100	„	25/V-26
12	„	„	„	без	полн.	„	нет	следы	„	„	„	19,1	15,96	3,5	29,0	„ „	> 100	„	25/V-26
13	„	„	„	„	„	„	„	нет	„	„	следы	16,8	11,48	3,1	42,0	„ „	> 100	„	25/V-26
14	Ул. Бухарина	„	„	„	сл.опалесцир	„	следы	„	„	„	пол.	21,56	18,2	2,6	52,0	35	в 10кб.	„	7/VII-26
15	„ „	„	„	„	полн.	„	нет	„	„	„	„	31,36	25,76	1,38	85,0	4	> 100	„	7/VII-26
16	„ „	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	23,52	19,04	4,35	75,0	8	> 100	„	7/VII-26
17	„ „	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	не	дел.	4,35	65,0	10	> 100	.	7/VII-26
18	Свердловская	„	„	„	„	сл.щел	„	„	следы	„	„	„	„	4,1	77,0	19	> 100	„	17/XI-26
19	„	„	„	„	„	щелоч.	следы	следы	„	„	следы	„	„	н.д.	44,0	не произв.		„	17/XI-26
20	„	„	„	„	„	„	„	резко-полож.	резко полож.	„	„	„	„	„	62,0	„	„	„	17/XI-26
21	„	„	„	„	„	сл.щел	„	нет	„	„	слабо полож.	„	„	„	61,0	„	„	„	17/XI-26

Анализ воды колодцев, обследованных в IV районе г. Минска

Таблица 3

№№	Наименование улицы	Физические свойства: Цвет	Запах	Вкус	Прозрачность	Данные химического анализа: Реакц.	NH_3	N_2O_3	N_2O_5	Fe	SO_3	Жесткость: общ.	устран.	Окис.	Cl.	Данные бактер. исслед.: Колич. бакт.	Коли титр	Примечание: Тип. колод.	Дата исслед.
1	Н. Московская .	без	без	без	полн.	сл.щел	нет	нет	нет	нет	сл.пол.	14,0	12,6	2,112	28,0	н. д.	> 100	труб.	17/IV—26
2	" " . .	"	"	"	"	"	"	"	ясно пол.	"	следы	17,36	12,54	2,184	24,0	110	> 100	"	" "
3	" " . .	"	"	"	"	"	"	"	следы	"	ясно пол.	16,54	9,4	0,752	98,0	140	> 100	"	" "
4	Малявск. пер. . .	"	"	"	"	нейтр.	"	следы	резко пол.	"	следы	16,24	13,72	3,38	8,75	60	> 100	"	21/IV—26
5	" " . .	"	"	"	"	"	"	нет	"	"	"	18,8	11,76	2,69	20,0	40	> 100	"	" "
6	Ул. К. Либкнехта	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	12,32	9,8	1,03	15,0	н. д.	в 100 к.	"	" "
7	Н. Московская .	"	"	"	"	"	"	нет	следы	"	"	20,68	14,0	2,91	61,0	" "	> 100	"	" "
8	" " . .	"	"	"	"	сл.щел	"	"	слабо пол.	"	"	17,36	13,72	4,5	83,0	" "	> 100	"	2/VII—26
9	" " . .	"	"	"	слабо опал.	"	"	"	нет	"	нет	15,12	14,0	3,4	31.0	23	> 100	"	" "
10	Н. Московск. пер.	"	"	"	непол. (осад.)	нейтр "	"	"	"	следы	слабо пол.	17,92	14,84	3,3	23,0	н. д.	> 100	"	6/V—26
11	Н. Романовская .	"	"	"	полн.	сл.щел	следы	"	"	нет	следы	16,8	11,76	3,27	41,0	" "	> 100	"	26/IV—26
12	Н. Романовск. пер.	"	"	"	"	нейтр.	"	"	"	"	"	16,24	11,2	2,11	44,0	" "	> 100	"	26/IV—26
13	Еврейская ул. . .	"	"	"	резко опал.	сл.щел	нет	"	"	"	нет	15,68	15,4	2,9	10,0	" "	> 100	"	11/V—26
14	" " . .	"	"	метал.	полн.	"	"	"	"	"	следы	16,24	13,6	3,1	12,0	" "	> 100	"	11/V—26
15	Тарасовская (на болоте) . .	"	"	без	"	"	"	следы	слабо пол.	"	слабо пол.	23,52	14,0	2,2	8,1	71	> 100	"	18/V—26
16	" . .	"	"	"	"	"	"	"	"	"	следы	17,92	14,28	1,2	76,0	105	> 100	"	18/V—26
17	" . .	"	"	кисл.	"	"	"	"	"	"	"	22,4	14.84	2,2	36,0	н. д.	н. д.	"	18/V—26
18	Республиканская .	"	"	без	"	"	следы	нет	следы	"	"	15,68	14,56	4,4	36,0	51	в 100 кб.	"	2/VI—26
19	" . .	"	"	"	"	"	"	"	нет	"	"	17,36	16,52	4,3	25,0	н. д.	в 50кб.	"	2/VII—26
20	Загородная . .	"	"	"	"	"	нет	"	"	"	нет.	16,24	13,6	3,6	12,0	н. д.	> 100	"	11/V—26
21	Немигск. пер. . .	"	"	"	"	"	"	"	"	"	следы	14,5	14,0	5,5	23,0	24	в 10кб.	"	2/VII—26

1) Количества NH_3 и N_2O_3 выражены в mgr. на 1L; определение производилось по Несслеру и Гриссу.
2) Жесткость выражена в немецких градусах; определялась об'емным способом Варта-Пфейффера.
3) Окисляемость показана в mgr. кислорода, необходим для окислен. органических веществ в 1L.воды; определялась по способу Кубеля.
4) Хлориды показаны в mgr. на 1L воды; определялись по способу Мора.
5) Колич. бактерий показано в 1 кб см. воды Коли-титр определялся по способу Эйкман-Булира: ставились количества воды: 100 кб., 50 кб., 10 кб, 1,0 и 0,1 кб. В случаях положительного результата производилась идентификация.

Примечание. Районы в таблицах указаны — санитарные. Последние соответствуют административно-милицейскому делению города.

1-й район занимает Центральную часть города и окраину—Ляховку. Границы: ул. Свердловская, Берсона, Ново-Московская, Юрьево-Завальная, Раковская и река Свислочь от Нижнего Базара до Ляховки.

Рельеф местности холмистый.

Это наиболее населенная и промышленная часть города, в санитарном отношении наиболее неблагоприятная.

2-й район расположен к востоку от реки Свислочь. Сюда входят: площадь Парижской Коммуны с базаром, неблагоприятная в санитарном отношении Коммунальная улица и окраины: Переспа и Комаровка.

Эти окраины реже заселены. Местность низменная. Почва болотистая.

3-й район охватывает вокзальные районы. Густо заселен. Рельеф местности равнинный, почва заболоченная.

4-й район занимает северо-западную часть города. Границы: Ново-Московская, Юрьево-Завальная, Раковская, Старо-Мясницкая, река Свислочь.

Расположен частью на холмах, частью на болотах. Улицы, прилегающие к Нижнему Базару—представляют самую древнюю часть города.—Дома—ветхие. Население—беднейшая часть. Дворы тесны, загрязнены.

Если разобрать анализы воды в колодцах, то особенно обращает наше внимание (таб. № 1) вода во 2-м районе города. Здесь вода из колодцев исключительно шахтных и на основании анализа должна квалифицироваться, как безусловно негодная и загрязненная. Мы имеем всюду присутствие довольно значительного количества NH_3, N_2O_3 и N_2O_5, всюду очень высокая окисляемость, весьма высокое содержание хлора, во много раз превосходящее общепринятые нормы. Все это уже дает право считать воду этих колодцев безусловно загрязненной, являющейся и могущей быть весьма важным эпидемическим фактором.

Более благоприятны данные анализа в 3-м и 4-м районах, где дело идет о трубчатых колодцах, хотя и здесь мы видим в некоторых случаях несколько более высокие цифры окисляемости (в 36%) и в особенности хлора (ок. 60%).

Практические предложения.

Принимая во внимание, что Минский центральный водопровод переживает, повидимому, длительный кризис и что местное водоснабжение еще много лет должно занимать большое место в общем водоснабжении города, необходимо соответствующим органам уделять больше внимания местному водоснабжению:

1. Произвести точный учет колодцев.
2. Проводить дальнейшее систематическое химико-бактериологическое исследование воды.
3. Произвести санитарно-техническое обследование колодцев.
4. Улучшение оборудования.
5. Санитарная охрана прилегающей к колодцам территории.

КАРТА №

Для обследования источника водоснабжения

Название города, уезда, волости, села, поселка и т. д.

Участок санит. врача (фамилия, адрес и телефон)

I. Месторасположение источника

Название улицы, переулка, площади

№ дома

II. Местонахождение источника

а) На улице, площади, на дворе, в огороде, в саду, на пустыне, за чертой населенного пункта и т. п.

б) Имеются ли по близости, и если имеются—расстояние (в шагах или метрах) жилой дом, нежилое владение (какое), скотный двор, помойная яма (примитивная или бетонная), поглощающий колодец; мусорная, нечистотная или навозная свалка, канализационный смотровый колодец; поля орошения, канава или водосток; какие-либо учреждения или устройства, останавливающие на себе внимание с санитарной точки зрения. Указать взаимное расположение их с источником по уклонам почвы, направлению верховых вод и другим подобным признакам, а также, имеет ли владение городскую канализацию и водопровод

в) Месторасположение источника: возвышенное, низкое, на уклоне, в поле, лесу, овраге и т. д.

г) Обделка поверхности почвы: а) непосредственно около колодца и б) в окружности (замощение—чем, обдерновка, затоптанный грунт, лужи и т. п.

III. Основные гидрогеологические сведения

а) Описание (по расспросам) пройденных до дна его пород и их последовательность и мощность, начиная от устья колодца, с возможно точными указаниями водоносных горизонтов (песок мелкий, крупный, хрящ, известняк)

б) Глубина источника в метрах до дна

в) Глубина источника до поверхности воды

В случае невозможности измерить, собираются данные путем опроса на что и указывается здесь

IV. Основные гидротехнические сведения

1. Тип источника (колодец шахтный, трубчатый, смешанный, ключ, родник и т. п.

2. Когда сооружен

3. Родник или колодец шахтный

а) Конструкция (деревянный, бетонный, каменный и т. п.

б) Материал стенок (сосна, ель, ольха, осина и т. д., кирпич на цементе, бетонные кольца и т. п.

в) размер шахты в сечении (длина, ширина, если она круглая, диаметр в метрах

г) высота над поверхностью земли

д) перекрытие есть, нет, его конструкция (доски одинарные, двойные, бетонные крышы и т. п.

4. Если колодец трубчатый а) тип его (буровой, вбивной), б) диаметр начальных труб

5. Надстройка есть, нет, назначение ее и конструкция

6. Водопод'емные сооружения: есть ли общественная бадья, насос, (его конструкция), механические приспособления ворот, лебедка, конный привод, ветрянка, механический двигатель (какой), расстояние от источника, способ трансмиссии.

7. Есть ли от колодца водопровод. Если есть, куда подается вода, величина и конструкция водонапорного бака (деревянный, железный и т. п., где помещается, расстояние от источника, район водоснабжения. Есть ли водоразбор у колодца.

V. Содержание источника и санитарное его состояние

а) прочность и состояние стенок, перекрытия и водопод'емных сооружений

б) состояние почвы около колодца (размывы, застой воды, уклоны, допускающие сток воды к срубу и т. п.

в) не происходит ли около источника водопоя или стирки белья (какие есть для того приспособления и в каком расстоянии)

г) способ утепления на зиму (солома, навоз и проч.)

д) не замечается ли признаков случайного загрязнения брошенными в колодец посторонними предметами

е) не заливается ли во время сильных дождей и разливов рек

VI. Водопользование

а) для каких целей пользуются источником (питьевых, хозяйственных для водопоя противопожарных, смешанных—каких)

б) число домов и жителей, пользующихся источником

в) когда пользуются: зимой, весной, летом, осенью, круглый год

г) достаточность и удовлетворительность воды по отзывам населения и есть ли лучшие источники в населенном пункте (где и какие)

д) на чей счет содержится источник и кому принадлежит

е) существует ли плата за воду и какая

ж) расход воды в сутки в ведрах

VII. Оценка водоема на основании внешнего осмотра

VIII. Взятие пробы воды год .... месяц

1. Кем взята проба
а) Химич. день и час
б) Бактериологическ. день и час
в) Биологическ. день и час
2. Состояние погоды: а) в день взятия пробы и б) за предыдущие 7 дней (засуха, слабые, сильные дожди, ливни)

а) Температура воздуха в тени по Ц. во время взятия пробы

3. Место взятия пробы (непосредственно из источника из водопроводного крана и т. п.
4. Способ взятия пробы (отметить отступления от инструкции). Сколько времени производилась предварительная откачка, спусканием из крана, сколько ведер отчерпано

5. Количество взятой воды
6. Физические свойства в момент взятия (температура, мутность, запах)
7. Какая посуда, укупорка, способ доставки

8. В какую лабораторию отправлена проба

9. Когда получена проба в лаборатории (отмечается лабораторией)

10. Производилось ли раньше лабораторное исследование, где и когда (приложить копию протокола анализа)

IX. Данные анализа

X. Заключение лаборатории

XI. Особые замечания

Подписи:

Анализ деятельности Советов Социальной Помощи

Н. К. Фурс

Советы Социальной Помощи, существующие при туберкулезных и венерологических диспансерах, являются ячейками общественной борьбы с социальными болезнями. Успех этой борьбы всецело зависит от активности и продуктивной их работы. Государственные мероприятия, направленные на борьбу с туберкулезом, венерическими болезнями и проституцией, как бы они мощны не были, не смогут успешно проводить свою деятельность без широкой общественной поддержки. Последняя и должна находить отражение в деятельности Советов Социальной Помощи.

Большинство Советов Социальной Помощи Белоруссии организовалось в 1925-26 году и только Витебский существует с 1923 года. Состав их определяется рабочими, служащими, членами низовых профячеек, избираемыми при ближайшем участии Окрпрофсоветов, членами Гор. Советов, городскими санитарными организациями и диспансерами, врачи и сестры которых целиком входят в состав Советов.

Всего имеется в настоящее время 13 Советов Социальной Помощи при тубдиспансерах и 4 при вендиспансерах. Отчет представлен 9 Советами тубдиспансеров и 4 Советами при вендиспансерах. Материальные средства для работы Советов Социальной Помощи имелись только при Советах тубдиспансеров и складывались, главным образом, из ассигнований по бюджету из лечебного фонда—11.251 руб., средств, полученных от Туб. Трехдневников—2.937 р., пожертвований из Красного Креста—788 руб. и разных поступлений—1.480 рублей.

В процентном отношении суммы распределялись следующим образом: лечебный фонд „Г" —54,1%, туб. трехдневник—26%, краснокрестовских пожертвований—6,9% и прочих поступлений—13%.

При рассмотрении источников бюджета отмечается прежде всего, что почти 26% бюджета слагается из средств, полученных от туберкулезного трехдневника и прочих поступлений и 54% падает на лечебный фонд. Это указывает на то, что средства безусловно могут быть изысканы на местах путем общественной инициативы. При рассмотрении отдельных округов отмечается большая пестрота в способах изыскания средств, которая в то-же время характеризует самодеятельность Советов. Так, Бобруйский Совет проявил большую активность в изыскании средств, у него почти 50% получены от тубтрехдневника и разного рода предприятий (кино, постановки, концерты и др.), отмечается также активность и Слуцкого Совета. Слабую деятельность в этом отношении проявили Борисовский, Могилевский и Мозырский Советы.

Расходы производились, главным образом, на следующие цели:

1. Добавочное питание туб. больным и социальная помощь в различных видах занимает около 55% всех расходов.

2. Детские тубплощадки, добавочные койки в туб. диспансерах, солярии и др.—30%.

3. Санпросвет и проч. расходы—2%.

4. Неизрасходованный остаток—13%.

Рассматривая статьи расхода, бросается в глаза большой процент расходов на индивидуальную помощь больным и недостаточность расходов на такие мероприятия, как например: туберкулезные площадки, летние колонии, лагери, солярии и т. п., несмотря на то, что указанные мероприятия играют громадную роль в борьбе с туберкулезом вообще, особенно с детским и должны были бы стать об'ектом внимания Советов Социальной Помощи. Большую часть средств, вырученных от Туберкулезных Трехдневников, концертов, постановок и других поступлений, собранных в порядке общественной, инициативы, следовало бы обратить на устройство указанных учреждений, которые, являясь наглядным результатом проводимых кампаний, могли бы служить хорошим примером для усиления самодеятельности населения. Последней необходимо уделить особое внимание, т. к. борьба с социальными болезнями может быть успешной только при активной и всемерной поддержке рабочих и крестьян вплоть до материальной помощи.

В деятельности Витебского Совета отмечается большое внимание профилактическим мероприятиям, которые поглощают больше 80% всего бюджета. Таким же образом проходила деятельность и Полоцкого Совета. Очень слабо протекала работа Борисовского Совета, в результате чего осталось около 50% средств неизрасходованными (около 1.000 руб.), израсходованные средства пошли в 95% на персональную помощь больным. Слабо проявлялось участие Советов в профилактической работе, в которой Борисов, как рабочий центр, безусловно чувствует большую нужду.

Довольно пропорционально построена работа Гомельского Совета.

Если обратиться к активности общественных групп, входящих в Советы, то нужно отметить, что последняя была слаба вообще и особенно по Могилевскому Совету. Последнее многими Советами об'ясняется тем, что члены Советов перегружены работой в других организациях и поэтому не могли принимать активного участия в работе Советов. Лучше обстояло дело там, где в Советы были выделены активные рабочие с заводов и фабрик. Слабо участие в работах Советов женского актива.

Необходимо отметить сравнительно большую работу всех Советов, проведенную по улучшению быта больных, это видно из количества средств, уделяемых Советами на указанные цели (около 55% всех средств). Улучшение питания путем выдачи продуктов; улучшение жилищных условий и домашней обстановки ремонтом помещений (устройство форточек, печей, очистка и проч.), выдача белья, кроватей, обуви, термометров, плевательниц, денежная помощь больным для поездки на дачу, курорты, санатории и друг.—все это производилось в большей или меньшей мере отдельными Советами.

Некоторые Советы, как например Мозырский, индивидуальную помощь больным на указанные цели производили путем выдачи денежных пособий. Подобный вид помощи должен практиковаться в исключительных случаях. Он указывает на слабую связь сестер-обследовательниц с больными, на отсутствие выявления нужд больных и дает возможность использования средств не по назначению.

Почти всеми Советами указывается на трудность улучшения жилищных условий больных из-за острого жилищного кризиса, и

Бобруйский Совет в плане своей работы намечает вступление пайщиком в Жилкооперацию с целью постройки дома с квартирами для туб. больных,—мысль новая, заслуживающая внимания.

Как уже было указано выше, большинство Советов проявило слабое участие в организации детских туберкулезных площадок, солярий и других мероприятий, имеющих профилактический характер и могущих оказывать также и индивидуальную помощь туберкулезным семействам путем помещения детей в указанные учреждения. В дальнейшей работе Советы должны обратить внимание на этот пробел и на ближайший период к предстоящему лету наметить себе целью организацию при каждом диспансере туберкулезной детской площадки-солярия.

Переходя к рассмотрению работы Советов по борьбе с проституцией при Вендиспансерах, приходится отметить, что в этой области работа почти не велась. Главным затруднением в работе почти все диспансеры отмечают отсутствие средств. Между тем Полоцкий венерологический диспансер, находящийся в худших условиях работы, чем, например, Минский, Гомельский или Витебский, сумел найти средства в сумме 200 рублей на месте путем постановки спектаклей и закупки кино-фильмы и провел некоторую работу.

Повидимому, неналаженность работы в Советах Социальной Помощи при остальных Венерологических Диспансерах лежит прежде всего в отсутствии заинтересованности руководителей диспансеров в этой работе, а затем в недостатке актива, который безусловно может быть выделен из организаций наиболее заинтересованных в борьбе с венеризмом. В первую очередь к этой работе необходимо привлечь женотделы, комсомол, санитарную инспекцию, милицию, охматмлад, а также представителей охраны труда, фабзавкомов, месткомов и друг. Врачи и средний персонал вендиспансеров в этой работе должны играть главную и самую активную роль.

Проводниками работы на местах должны явиться ячейки по борьбе с венеризмом, широко организованные на предприятиях и в учреждениях.

При общей заинтересованности в работе, путем самодеятельности безусловно смогут быть изысканы средства на местах, как это видно из опыта работы Полоцкого Вендиспансера.

В дальнейшей работе Советов необходимо обратить внимание на следующее:

1. В состав Советов необходимо выделять больше рабочих с заводов и фабрик, а также женщин, более свободных от общественной нагрузки в других местах.

2. Деятельность Советов должна быть более пропорционально построена в смысле сочетания *индивидуальной помощи с обще-профилактическими* мероприятиями.

3. Необходимо проявлять больше активности в проведении туберкулезных трехдневников и изыскании средств на местах путем лотерей, спектаклей, кино-постановок и т. п., средства от которых могут пойти на мероприятия профилактического характера.

4. Среди профилактических мероприятий необходимо уделить максимум внимания организации детских туберкулезных площадок, летних дач для туберкулезных больных, солярий и т. п.

5. В отношении Советов Социальной Помощи при Вендиспансерах необходимо создать крепкий актив и сдвинуть работу с мертвой точки.

Некоторые практические замечания об итогах передачи статистической отчетности из органов здравоохранения в органы Центр. Статист. Управления

Д-р Г. К. Шаповалов

В июле месяце 1927 года вместе с переходом органов здравоохранения БССР на инспекториат медицинская отчетность была передана из органов здравоохранения в органы Центр. Статист. Управления. Таким образом, с этого времени медстатистика полностью перешла в органы Центр. Статист. Управления.

Конечно, делать сейчас какие-либо организационные выводы не приходится—слишком малый срок для этого, но некоторые практические замечания можно сделать уже и теперь.

Передача статистики полностью в органы ЦСУ помимо удешевления стоимости аппарата преследовала следующие задачи: а) введение единообразной методики как в собирании статистического материала, так и в его проработке, б) усиление руководства на местах как со стороны органов здравоохранения, так и органов ЦСУ за правильной постановкой статистической отчетности в учреждениях НКЗдрава, в) дальнейшее упрощение статистических форм и удлинение сроков отчетности, г) своевременное получение статистических сведений и сводок как органами здравоохранения, так и органами ЦСУ, д) быструю проработку статистических материалов.

Конечно, наличие соответствующих специалистов в органах ЦСУ гарантирует единообразие методики в собирании и разработке материалов, а недавно вышедшая работа д-ра Б. Я. Смулевича (Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР) подтверждает это, с другой стороны приходится констатировать, что за истекшее полугодие значительно упрощены формы статистической отчетности, удлинены сроки представления отчетности. Но наряду с этим мы должны отметить и ряд недочетов. Эти последние в основном сводятся к следующему: а) статистические сведения поступают в органы ЦСУ со значительным опозданием и неполные, а отсюда значительное опаздывание в составлении сводок Окрстатистами и в представлении их в органы здравоохранения, б) некоторая оторванность органов здравоохранения от лечебных заведений в смысле учета их работы (эпидемичность учитывается органами здравоохранения своевременно, т. к. эпидкартки поступают через окринспектуры здравоохранения), в) неналаженность в снабжении мест статматериалами как отчетного, так и производственного характера.

Часть причин, приведших к указанным выше недочетам, носят об'ективный характер. Сюда относятся: некоторая ломка вследствие перехода дела статистики из одного аппарата в другой, сокращение штатов, изменение форм по заданиям РКИ, отсутствие в первое время печатного статматериала Гораздо важнее другие причины, а именно:

а) незнакомство штата Окрстатов с новой работой, б) некоторый индеферентизм со стороны органов здравоохранения за судьбу переданного дела статистики, в) отсутствие чувства ответственности за правильное составление и своевременное представление статматериалов у большинства заведующих лечзаведениями, г) несогласованность в работе Окрстатов и окрздравинспектур.

Конечно, все эти причины легко устранимы при соответствующем желании со стороны всех заинтересованных в этом деле работников. А устранить эти причины необходимо в кратчайший срок тем более, что с 1928 года вводится полугодовая отчетность, при чем в Окрстатах вместо индивидуальной (по отдельным учреждениям) отчетности вводится итоговая (по группам учреждений) с другой стороны, устранение причин, приведших к ряду недочетов, даст нам возможность в будущем сделать соответствующие организационные выводы.

Мы считаем, что в дальнейшем необходимо:

1. Строго-согласованная деятельность в руководстве делом статистики как органов здравоохранения, так и ЦСУ, для чего органы здравоохранения выделяют одного из санврачей для увязки работы с Окрстатами и наблюдения за своевременным представлением и правильным заполнением сведений медико-санитарными учреждениями, а Окрстаты поручают ведение медстатистики лицам соответствующей компетенции и своевременно информируют органы здравоохранения о всех упущениях со стороны заведующих медико-санитарными учреждениями.

2. Для приближения работы к местам Окрстатам втянуть в работу по статистике лечучреждений районных статистиков, практикуя созыв конференций районных статистиков при Окрстатах в целях руководства и повышения их квалификации; через райстатистиков же производить снабжение мест статматериалом, собирание, проверку и отсылку последних.

3. Вменить в обязанность Окрстатам представлять в органы здравоохранения сводки в те же сроки, в какие они представляются в ЦСУ, и по заранее согласованным между органами здравоохранения и ЦСУ программам производить разработку статматериалов.

4. Обратить особое внимание на своевременное и бесперебойное снабжение мест статматериалами.

5. Всякие новые статистические работы предварительно обсуждать на врачебных конференциях, на них же практиковать доклады по статистике.

6. Усилить внимание к делу статистики со стороны всех медработников и в особенности врачей, гл. образом в части правильного заполнения статистических форм и своевременного представления их.

7. Продолжать предварительную разработку эпидкарток в органах здравоохранения (санитарным врачам), почему эпидкартки поступают непосредственно в Окринспектуры здравоохранения, откуда они по использовании передаются в Окрстаты.

Бациллярные туберкулезные очаги в г. Могилеве

(По данным Могилевского Тубдиспансера. Зав. Н. Ш. Полесицкий)

Орд. Л. П. Васильева-Персова

На 1-ое ноября 1927 г. на учете Могилевского Диспансера находится 107 бациллярных очагов с 108 бацилловыделителями.

I. Распределение по полу и возрасту:

	Всего	до 16 л.	16—30 л.	30—40 л.	40—50 л.	50—60 л.	св. 60 л.
Мужчин . .	74--68,5%	1—0,9%	21--19,4%	25--23,1%	20--18,5%	5—4,6%	2—1,9%
Женщин . .	34--31,5%	2—1,9%	13--12,1%	10-- 9,3%	6--5,5%	2—1,9%	1—0,9%
	108	3—2,8%	34--31,5%	35--32,4%	26—24%	7—6,5%	3—2,8%

II. Распределение по семейному положению:

Одиноких . . .	5— 4,6%
Семейных . . .	103—95,4%
Бездетных . . .	40— 3,7%
С детьми . . .	63—58,4%

Семейный контакт бацилловыделителей состоит из 312 чел., из них:

взрослых . . .	— 180
детей до 16 л. . .	— 132

III. По социальному положению:

Рабочих . . .	25—23,1
Инвалидов . .	20—18,5
Служащих . .	32—29,7
Членов семейств	23—21,3
Проч. граждан . .	8— 7,4
Итого . .	108

IV. Жилищные условия:

Имеют изолированную квартиру:			Имеют комнаты:		
47—43,5%			61—56,5%		
1 комн.	2 комн.	3 комн.	1 комн.	2 комн.	3 комн.
7—6,5%	19--17,6%	21--19,4%	38--35,2%	23--21,3%	—

Занимаемая квадратура площади для живущих в 1 комнате=$1^{1}/_{3}$ кв. саж., для живущих в 2 комнатах—$1^{2}/_{3}$ кв. саж. и для живущих в 3-х комнатах—$2^{1}/_{3}$ кв. саж. Если считать удовлетворительной квадратуру

площади в 2 кв. саж., то только 21 семья имеет удовлетворительную жилую площадь, что составит 19,4%.

Такая скученность в жилище значительно отягчает семейный контакт бациллярных больных еще и тем обстоятельством, что бациллярные больные в огромном числе случаев разделяют комнату не только со взрослыми, но и детьми.

Так, отдельными комнатами пользуются 24 бацилловыделителя, в 32 случаях комната разделяется с детьми и в остальных случаях со взрослыми. Процент пользования отдельными комнатами повышается с увеличением жилой площади, что видно из нижеследуемой схемы.

Жилая площадь / Больной имеет	1 ком.—45 ч.	2 ком.—42 ч.	3 ком.—21 ч.
Комнату отдельную	5—11,1%	10—22,8%	9—43%
„ вместе с детьми . . .	18— 40%	9—21,2%	5—22%
„ „ взросл. . . .	22— 49%	23—56%	7—35%

Внутрижилищный контакт по меньшей мере для детей в условиях жизни наших бацилловыделителей является таким образом вполне определенной опасностью. И если даже из 32 случаев разделения комнаты бациллоносителем с детьми Диспансеру удастся изолировать бацилловыделителя в отдельную комнату путем перегруппировок комнат, то в 18 случаях, где в пользовании семьи имеется всего лишь одна комната, настоятельно потребуется увеличение жилой площади, на что в условиях жилищного вопроса в Могилеве нет никакой надежды. Но даже и расширением жилой площади опасность распространения туберкулеза, конечно, не будет устранена, так как внутрисемейный контакт осуществляется самыми разнообразными способами. И только оздоровлением жилищных условий не на словах, а на деле можно достигнуть уменьшения опасности заражения туберкулезом для окружающих больного.

Отдельная кровать для бацилловыделителя должна быть тем минимумом, к которому должен стремиться Диспансер. Из 108 наших бацилловыделителей только 68 ч. (64%) пользуются отдельной кроватью, 13 чел. (12%) отдельной кровати не имеют, но спят отдельно (на полу, скамейках, печках и т. д.), при этом постельные принадлежности на день складываются на общую кровать. Процент пользования отдельными кроватями повышается с увеличением жилой площади, но отсутствие отдельной кровати не может быть поставлено зачастую в связь с недостатком материальных средств, так как общее пользование кроватью наблюдается и в семьях с достаточным прожиточным минимумом, как это видно из нижеприведенной схемы.

Род квартиры. / Как спят.	1 комн.	2 комн.	3 комн.
Отдельн. кровать . . .	20—44%	31—74%	18—86%
Спят отдельно . . .	8—18%	3— 7%	—
Разделяют кровать . . .	17—38%	8—19%	3—14%

Из неимеющих собственной кровати материальный минимум для члена семьи колеблется.

	до 10 р.	до 20 р.	до 30 р.	до 40 р.	до 50 р.
Для жив. в 1 комн. . .	17	7	4	2	2
„ „ 2 „ . .	4	3	2	2	—
„ „ 3 „ . .	2	1	—	—	—

Из этого очевидно, что по крайней мере 50% из неимеющих отдельной кровати может без всяких затруднений для семьи приобрести таковую для бациллоносителя. Здесь Диспансеру приходится сталкиваться с простым нежеланием, так как кровати в большинстве случаев разделяются супругами и настойчивость патронажных сестер встречает энергичный отпор. Разделение кровати бациллоносителем с детьми, имевшее место в 6 случаях, удалось устранить гораздо легче и в настоящее время это явление совершенно изжито. С подобным же противодействием приходится часто сталкиваться и в вопросе выделения отдельной посуды для бациллоносителя. Наиболее частый мотив—„нежелание обидеть". Упоминание об отдельной посуде имеется в 52 случаях—т. е. в 48%, но здесь в большинстве случаев дело идет об отдельном пользовании посудой, так как строго выделенная посуда с раздельной мойкой отмечается только в 13 случаях т. е. 12%, раздельного же хранения посуды не отмечено ни разу.

Главным мероприятием против распространения туберкулеза является обучение бацилловыделителя уменью обращаться с мокротой, так как контактная инфекция практически возможна в условиях антисанитарных, в среде с низким культурным уровнем. По мнению Ланге и Бейцке, докладчиков на германском туберкулезном с'езде, источником инфекции в большинстве случаев является не сама мокрота, так как она выплевывается больными в окружающую среду только в редких случаях, а мелкие брызги ея. Но так обстоит дело в Германии. В Могилевских условиях несколько иначе.

Карманными плевательницами пользуется в квартирах 25 чел. при выходе же из дома только 7 человек. Открытыми комнатными плевательницами пользуется 30 чел. В 31 случае мокрота выплевывается в умывальный таз или помойное ведро, 22 плюют, куда попало.

Пользуются карман. плев.	Пользуются комнатн. плев.	Плюют в таз или ведро.	Плюют, куда попало.
25—23,1%	30—27,8	31—28,7	22—20,4%
7— 6,5%	—	—	—

Таково обращение с мокротой, несмотря на то, что во всех случаях бацилловыделители снабжались Диспансером карманными плевательницами. Причиной упорного нежелания регулярно пользоваться карманными плевательницами является, по словам многих „культурных" больных, „нежелание стать пугалом для окружающих, от которого шарахаются в стороны", а в результате выданные карманные плева-

тельницы валяются без употребления или являются хранилищами махорки. Даже и в тех немногочисленных случаях, где больные пользуются плевательницами, мокрота не дезинфицируется, а просто выливается на землю, в лучшем случае, в помойную яму. Только в 3-х случаях отмечено уничтожение мокроты сжиганием.

Большое значение придается при распространении туберкулеза капельно-пылевой инфекции. На этом основании профилактические мероприятия должны быть направлены в сторону улучшения гигиены жилища—мойка полов, влажная уборка, достаточная вентиляция.

В этом направлении мы пользуемся следующими данными.

Мойка пола обычно производится 1 раз в неделю, два раза в неделю пол моется в 20%, 1 раз в 2 недели и реже в 7%.

Влажная уборка помещения производится в 83%.

Вентиляция проводится регулярно в 65%.

„ „ не регулярно в 25%

за неимением форточек совершенно не производится в 10%.

Предосторожностей при обращении с загрязненным бельем больного не наблюдалось ни разу. Обычно белье бациллярного больного стирается совместно с остальным и только в единичных случаях детское белье стиралось отдельно от белья бациллоносителя. Очень часто белье стирается в том же помещении, где находится больной (20%), часто белье отдается в стирку без дезинфекции на сторону (15%).

Возможность пищевой инфекции также не исключается в некоторых случаях, так как в 33% случаев пища приготовляется в помещении больного и, кроме того, домохозяйки—бациллоносительницы обычно готовят сами пищу для всей семьи.

Таковы условия жизни и быта наших бациллоносителей. В результате мы имеем следующие данные: в 24 случаях наших бациллоносителей имеется упоминание о смертях от туберкулеза близких родственников (некоторые из них имелись на учете в Диспансере), в 3-х случаях из этих 24 имеются еще больные открытым туберкулезом легких, в 2-х случаях костный туберкулез, что составит уже довольно значительный процент 28,8% (5 из 24).

Как пример можно указать на семью, где у больного открытым туберкулезом жена (состояла на учете в Тубдиспансере) умерла от открытого туберкулеза и ребенок 9 лет болен спондилитом; семью И.—больной открытым туберкулезом, где два сына умерли от туберкулеза, а девочка 14 лет больна открытым туберкулезом; семью, где мать больна открытым туберкулезом, а два сына и дочь (состояла на учете, как бациллоноситель) умерли от туберкулеза и т. д.

В общей сложности отмечается среди членов семей бациллоносителей 14 больных туберкулезом в различных формах, что составит 13%; цифра значительно меньше действительной, так как далеко не все члены семей бациллоносителей проведены через Диспансер (считают себя здоровыми и от проверки уклоняются).

К чему свелась патронажная работа и каковы ее достижения?

Всего в бациллярные очаги было сделано 303 посещения.

Произведено обследований:

По 1 р.	По 2 р.	По 3 р.	По 4 р.	По 5 р.	Больше 5 раз.
16	32	18	16	13	13

Результат: удалось достигнуть улучшения бытовых условий в целом ряде семей в реальной форме (выделение отдельных комнат 17, выделение отдельн. кровати—8, выделение отдельной посуды—26, пользование плевательницей—25, улучшение гигиены состояния жилища—12).

Выделение отдельной комнаты получалось в большинстве случаев путем перегруппировок и превращения „парадной комнаты“ в спальню бацилоносителя или путем расширения жилой площади вследствие выселения квартирантов или даже членов самой семьи, или (в единичном случае) путем перемены квартиры.

Выделение отдельной кровати было в 5 случаях достигнуто выдачей кровати средствами Совета Социальной Помощи. Выделение посуды производится средствами самой семьи, только в 1 случае пришлось ее выдать из средств Совета Социальной Помощи. В 1 случае прорезана форточка. В 2-х случаях выдано постельное белье.

Как видно, результаты работы в очагах еще далеко не удовлетворительные. Главнейшие усилия Диспансера должны быть направлены на перевоспитание больного и его семьи в смысле сознательного и реального проведения в жизнь основных гигиенических требований. При проверке очагов бацилоносителей приходилось часто встречаться с таким обстоятельством, что на словах больные и члены их семьи оказывались в совершенстве знакомыми со всеми требованиями Диспансера и на все вопросы патронажных работников отвечали вполне грамотно, на деле же эти требования не осуществлялись.

Характерно, что в семьях более культурных (военнослужащие, совслужащие и т. д.) добиться проведения рекомендованных Диспансером мер иногда труднее, чем в рабочей среде, где указания патронажных работников принимаются без обычной критики и выполняются не за страх, а за совесть.

Бюджет времени школьника II ступени гор. Гомеля

(Детский профилактический амбулаторий)

Моносзон-Любина

В апреле 1927 года было произведено анкетное обследование учащихся в школах 2-й ступени для выявления внешкольной нагрузки учащихся и распределения ее для внешколы. Анкетному обследованию предшествовали подробные раз'яснения всем учащимся целей и задач обследования и каждого пункта анкеты в отдельности. Было роздано около 900 анкет, из них возвращено около 650, обработано 613 ввиду непригодности остальных. Эти 613 ответов на анкеты по группам распределяются следующим образом.

Ученики:	V	гр.	III
„	VI	„	197
„	VII	„	84
„	VIII	„	146
„	IX	„	75

Часть ответов, касающихся, главным образом, времени, уделяемом общественной нагрузке, не удалось обработать, так как ответы были очень неопределенными. Но в остальном получены ответы довольно ясны и определенны, и дают возможность на основании их сделать определенные выводы. Конечно, среди ответов имеются большие различия; так, встречаются дети, очень много времени уделяющие помощи родным по заработку (дети кустарей и мелких торговцев), тогда как большинство совсем освобождены от этого; часть детей все внешкольное время проводит в учебе и чтении; активные общественники уделяют ежедневно многие часы заседаниям и т. д., часть девочек, придя домой, все время возятся с младшими детьми и т. д. Но в большинстве своем дети проводят день так, как рисуют нам полученные средние данные для всех учащихся.

Нагрузка учащихся школ II ступени в Гомеле в 26-27 уч. году в часах в течение рабочего дня (кроме воскресенья). См. табл. на стр. 44.

Если мы внимательно вчитаемся в эти цифры, то увидим, что дети уделяют учебе (школа, приготовление уроков и чтение) $9^1/_2$ часов в среднем. Если мы учтем, что домашняя работа и помощь родителям по заработку отнимает у ребенка еще 2 часа, то ясно, что у нашего школьника остается мало времени для отдыха. В среднем школьник спит 8 часов, что надо признать недостаточным, учитывая возраст (13—17 лет), и большую, умственную работу, на свежем воздухе бывает около 2-х часов, из которых большая часть падает на ходьбу в школу, а на свободное время препровождения, отдых, развлечение и т. п. остается в течение дня не более 2-х часов. Ясно, что такой режим создает у ребенка большую перегрузку и отрицательно отражается на его здоровье и самочувствии. Очень интересно сравнить

	В средн.	Мальч.	Девоч.	Ученики—групп					Пионер.	Комсом.	Дети		Если нагруз. мальч. равна 100, то нагруз. дев.	
				V	VI	VII	VIII	IX			Р.	С.		
Занят в школе 4, 5, 6—5, 2, 5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,5	5	5	100	100
Пригот. уроков и дополнит. занятия . .	2,7	2,1	2,9	2,5	2,6	2,8	3,2	2,9	2,3	1,9	2,7	2,9	100	140
Самообсл. и помощь сем. на дому . . .	1,8	1,3	2,1	.1,5	1,7	1,7	1,9	2,3	1,5	1,8	2,3	1,6	100	160
Чтение и кружковая раб. .	1,8	1,8	1,8	2,3	2,0	1,7	1,9	1,6	1,8	2,5	1,7	2,0	100	100
Пион. и комсом. занят. . . .	0,18	0,21	,012	0,25	0,24	0,21	0,21	0,13	0,3	1,7	0,18	0,18	100	57
Помощь родит. по заработ. и самост. зараб.	0,27	0,4	0,21	0,27	0,24	0,12	0,35	0,08	0,25	0,3	0,27	0,27	100	52
Физкультура .	0,17	0,2	0,12	0,18	0,22	0,12	0,16	0,17	0,28	0,34	0,17	0,17	100	60
Пребыван. на свеж. возд. .	2,2	2,7	1,6	3,1	2,7	1,9	1,5	1,7	2,0	1,9	1,8	2,6	100	60
Длит. сна .	8,0	8,3	7,7	8,3	8,2	8,2	7,8	7,5	8,0	7,2	7,7	8,3	100	93
Число прием. горяч. пищи .	1,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Процент вовлеч. в комиссии .	27	29	6	24	20	37	24	34	25	30	27	27	100	90
Число обслед. .	613	295	318	111	197	84	146	75	140	57	135	214	—	—

нагрузку мальчиков и девочек. Девочки значительно больше тратят времени на приготовление уроков и домашнюю работу, а недостающее им время компенсируют за счет укорочения продолжительности сна и пребывания на свежем воздухе. Мы знаем, что среди девочек значительно больше больных, чем среди мальчиков, в особенности часты заболевания нервной системы и расстройства сердечной деятельности, и безусловно, в числе причин, вызывающих повышенные заболевания у девочек, не последнее место занимает эта перегрузка девочек, регулярное недосыпание. Если мы проследим, как изменяется нагрузка по годам обучения, то мы увидим, что учащиеся старших групп принуждены уделять больше времени школьным занятиям, приготовлению заданий и домашней работе, а в силу этого они с одной стороны меньше читают и работают в кружках, а с другой стороны меньше спят и бывают на свежем воздухе. Если мы проследим, имеется ли разница в порядке дня наших учеников-пионеров—и комсомольцев в сравнении с остальными учениками, то увидим, что первые уделяют много времени своим пионерским, особенно комсомольским занятиям, больше участвуют в разных кружках и занимаются физкультурой, но этот перерасход времени идет за счет приготовления уроков и сна. При учете нагрузки учащихся в зависимости от их социального происхождения, мы видим, что дети служащих меньше времени в среднем уделяют помощи семье в ее домашней работе и самообслуживанию, а это свободное время тратят частично на чтение, частично на удлинение прогулок и сна. Несколько особняком стоит школа имени „Леккерта" (еврейская школа). Здесь число учебных часов в школе выше, чем в остальных (до 6-ти часов); учащиеся отмечают, что они в среднем уделяют приготовлению уроков 1,9 час (вместо 2,7) но несколько больше времени чтению и кружковым занятиям, особенно

в старших группах, в среднем 2,1 час; помощь семье по заработку здесь также занимает более видное место (около 0,5 ч. в день), что об'ясняется социальным положением учеников этой школы, значительно меньше, чем все остальные, ученики школы Леккерта бывают на свежем воздухе, это очень важно отметить, зная вместе с тем, на основании медосмотра, что в школе им. „Леккерта“, как и в остальных нацменовских школах, $^0/_0$ малокровных, истощенных и т. п. значительно выше, чем в общих школах. Таковые вкратце те данные, которые дало нам наше анкетное обследование. Это обследование, конечно, как и всякое анкетное, может быть признано лишь ориентировочным, и полученные данные лишь приблизительными, поскольку это является первой попыткой изучить у нас в Гомеле нагрузку школьника. Мы не можем пройти мимо этих цифр. Те неудовлетворительные, материальные и жилищные условия, в которых живут наши школьники, дополняют эту нерадостную картину. Мы видим, что вопрос оздоровления детей и подростков тесно связан как с делом рационализации школьного обучения, так и с общим оздоровлением труда и быта всего населения.

Клиническая медицина

К вопросу о лечении пернициозной анэмии печенкой[1])

(1-я Терапевтическая Клиника БГУ Минск—директор-профессор С. М. Мелких)

Д-р Р. Е. Гинзбург

Лечение тяжелого страдания—пернициозной анэмии—давно уже занимает пытливые умы клиницистов. Применение железа, мышьяка, переливание крови, спленэктомия и др. не оправдали возлагавшихся на них надежд. В мае месяце 1927 г. на юбилейном заседании научного общества в Вашингтоне американцы Murphy и Minot представили доклад о лечении пернициозной анэмии особой диэтой, в которой самую главную роль играет печенка.

Д и э т а:

1) 120—250,0—сырой, или слегка поджаренной телячьей, либо бараньей *печенки*.

2) Тощего мяса 100,0;

3) Овощей 300,0 (особенно салат и шпинат);

4) Фруктов 250,0-500,0 (особенно персики, абрикосы, клубника, виноград, апельсины, ананасы);

5) Масла 40,0 только, как corrigens;

6) При желании больного 1 яйцо и стакан молока;

7) Хлеба 200,0—400,0.

Из медикаментов больные получали Acidum muriaticum dilutum 15×3 в день.

Murphy и Minot наблюдали 105 больных до трех лет.

У всех больных за исключением трех, умерших от случайных причин, получилось значительное улучшение, причем они отмечают упорную ахлоргидрию и что суб'ективное улучшение наступало раньше чем изменение со стороны крови. Больные прибавляют в весе, силы быстро прибывают. Количество гемоглобина и эритроцитов повышается. Мегалобласты и мегалоциты исчезают. Количество ретикулоцитов повышается.

Общее количество лейкоцитов повышается. Понижается количество лимфоцитов, повышается количество гранулоцитов. Резко выраженная эозинофилия. Количество уробилина в моче и билирубина в крови понижается. Murphy, братья Mayo и Monroe описывают 45 случаев пернициозной анэмии, проведенных ими по указанной диэте. Все эти случаи дали быстрое улучшение. Richards описал 50 случаев пернициозной анэмии наблюдаемых им много лет, из коих 30 было лечено спленэктомией, переливаниями крови. Результаты не утешительные. Эффект переливания крови весьма недолговременен. Спленэктомия удлиняла ремиссию и не более. Остальным 20-ти больным было произведено лечение вышеуказанной диэтой и все кроме двух хорошо поправились. К такому же выводу приходит Gibbson (125 случаев).

Kutschera описывает больного с пернициозной анэмией, у которого в 1922 г. было 1,400,000 эритроцитов. В 1923 г. по предложению Eppinger'а больному была произведена спленэктомия, после которой количество эритроцитов поднялось до 3,900,000; в 1924 г.

---

[1]) Доложено 3 декабря 1927 г. в научном О-ве Минских врачей.

количество эритроцитов пало до одного миллиона. Множественными переливаниями крови удалось поднять количество эритроцитов до двух миллионов. В 1927 г. больной поступил в клинику в чрезвычайно тяжелом состоянии с 9% гемоглобина и 350,000 эритроцитов. Ему стали давать сырую печенку, облученную 20 минут кварцевой лампой, но скоро по причине ремонта облучения прекратились. Наступило быстрое улучшение. Количество гемоглобина 98%, эритроцитов 4,800,000.

Этингер во всех 3-х случаях пернициозной анэмии, леченных печенкой, получал хороший эффект, но он отмечает упорно держащуюся ахлоргидрию и цветной показатель в большинстве случаев выше единицы.

Murphy и Minot предполагают, что печенка влияет, главным образом, своими полноценными белками, нуклеинами и инкретами, действующими возбуждающе на костный мозг, т. е. на выработку эритроцитов, ретикулоцитов, нейтрофилов, а с другой стороны приостанавливает гемолиз крови. Simmos и Bekker полагают, что печенка оказывает благотворное действие благодаря содержанию витамина Е и железа. Считают, что сырая печенка лучше действует, чем вареная. (Кипятить ее нельзя). К диэте надо прибавлять фрукты и овощи, избегать жиров, так как липоиды действуют на кровь гемолитически и плохо усваиваются атрофированной слизистой желудка. Нужно избегать сладостей, которая вызывает усиленное брожение при наличии ахлоргидрии.

Принимать печенку нужно годами, но при хорошем составе крови уменьшить дозу.

Возможность инфекции паразитами исключалась.

Американцы считают печенку специфическим средством при пернициозной анэмии и если в течение месяца печенка не дала эффекта, то пернициозная анэмия должна быть взята под сомнение. Cohn предлагает экстракт печени в виде порошка—пудры, 15,0 которой заменит 200,0 печенки. Большого опыта с этим препаратом еще нет.

Мы наблюдали два случая пернициозной анэмии, леченные печенкой. В обоих случаях, наблюдаемых нами от 7-ми месяцев до года, эффект был очень хороший. Оба наших больных вполне работоспособны, одна из них даже выполняет тяжелую работу (прачка), чувствует себя очень хорошо. Количество гемоглобина нам удалось поднять с 47 до 98% в одном случае, а с 35 до 100% в другом случае. Количество эритроцитов с 2,800,000 до 4,500,000, в первом случае и до 5,500,000 во втором случае. Я себе позволю привести короткие истории болезни наблюдаемых нами больных.

Случай первый. (Ординатор д-р Тургель). Больная С. 39-ти лет, прачка поступила 13 августа 1927 года в 1-ю Терапевтическую клинику с жалобами на сильную слабость, головокружение, сердцебиение и отсутствие аппетита. Считает себя больной около 3-х лет. Весной 1925 г. лежала в нашей же клинике один месяц и выписалась без особого улучшения. В 1926 г. лежала во 2-й клинике около 2-х месяцев, откуда, по словам больной, выписалась с некоторым улучшением. С июля месяца сего года чувствовала себя очень плохо и 13-го августа поступила в клинику.

Status praesens. Больная ослабленного питания, большую часть дня лежит. Цвет лица лимонно-желтый, Аппетит плохой. Запоры: стул бывает раз в 4—5 дней. В кале найдены яйца Tricpocehhalus dispar. Исследование желудочного сока дало свободной соляной кислоты 0, общая кислотность 4. Печень и селезенка не прощупываются и перкуторно не увеличены. Со стороны органов дыхания никаких отклонений от нормы, а со стороны органов кровообращения можно отметить только сердцебиение и суб'ективное ощущение замирания сердца. Кровяное давление по Короткову 90/65. При исследовании крови обнаружено:

Гемоглобина 47%

Эритроцитов 2,100,000

Цветной показатель 1,12 $>$ 1

Лейкоцитов 4800

Лейкоциторная формула:

Л. 34½%

N.=63%, из коих С=56%; N=6½%, Ю=½%

Э=1½%

Мегалобласты. Мегалоциты, Резко выраженный пойкилоцитоз. Исследование мочи. Удельный вес 1030. Уробилин, индикан резко выражены. В осадке большое количество уратов. Вес 48,5 кило. На основании анамнеза, об'ективных данных и лабораторных исследований нами была поставлена диагностика— *пернициозная анэмия.*

Ввиду того, что больная без особого эффекта в прежние годы лечилась мышьяком, Neosalvarsan'ом, впрыскиваниями молока, мы через

13 дней по поступлении в клинику посадили ее на вышеуказанную диэту Murphy и Minot. Из медикаментов больная получала acidum muriat. dilutum 15 капель 3 раза в день. Печенку она стала принимать в сыром виде, скобленую, приправленную лимонной кислотой, луком и перцем 100,0. Принимала она ее ежедневно в 12 час. дня лежа. Через 5 дней мы увеличили количество печенки до 150;0, а потом, постепенно повышая, доходили до 250,0 в день. Переносила она ее хорошо. Рвоты и поносов не было. Обычные запоры прекратились. Через неделю больная почувствовала себя суб'ективно лучше. Головокружения прекратились. Стала ходить. Через 10 дней гуляла уже по двору. Спала хорошо. Появился аппетит. Об'ективные улучшения со стороны крови наступили только через 14 дней.

Нижеуказанная таблица указывает нам изменения со стороны крови, мочи, веса и др.

Таблица 1

День поступления	Чер. 2 нед.	6 нед.	2 мес.	3 мес.	5 мес.
Гем. 47%	50%	61%	72%	88%	85%
Эр. 2,100,000	2,800,000	3,000,000	3 400,000	4,800,000	4.600.000
Цветн показ. $\frac{47}{42}>1$	$\frac{25}{28}<1$	$\frac{61}{60}>1$	$\frac{18}{17}>1$	$\frac{11}{12}<1$	$\frac{85}{92}<1$
Л. 4800	6400	6200	7800	10,200	10000
Мегалоц. } Мегалобл. } есть	есть	нет	нет	нет	нет
Ретикулоциты нет	нет	$\frac{2-3}{1}$	$\frac{3-4}{1}$	$\frac{4-5}{1}$	$\frac{4-5}{1}$
Лф. 34$\frac{1}{2}$	34$\frac{1}{2}$%	30%	28%	25%	25%
Э. 1$\frac{1}{2}$	1$\frac{1}{2}$%	10%	18%	25%	25%
Св. Сол: кисл:			0	0	
О. К. Кост. 4			6	7	
Кровяное давление 90/65				115/90	

Кроме того, самочувствие нашей больной очень хорошее. Головокружение, запоры прекратились. Аппетит очень хороший. Больная отмечает, что она никогда во время улучшения не чувствовала себя так хорошо и никогда не прибавляла столько в весе. Выписалась из клиники 2 месяца тому назад, в данное время выполняет тяжелую домашнюю работу, стирает белье, ухаживает за больным сыном и, несмотря на это, чувствует себя очень хорошо. Беспокоит ее только частое ощущение замирания сердца.

Случай второй Больной 59 лет. Заболел в январе 1926 г. Жалобы: сильная слабость, отсутствие аппетита, даже отвращение к еде. По исследовании крови ему было поставлена диагностика пернициозной анэмии и назначено лечение ин'екции мышьяка, после которых больной не отмечает никакого улучшения. В апреле месяце он был отправлен на южный берег Крыма, где он провел около 2-х месяцев. Там он немного окреп, поправился, и, вернувшись домой, стал заниматься своей обычной работой. В ноябре месяце больной стал себя опять плохо чувствовать. Резкая слабость, головокружение, отсутствие аппетита, большую часть дня лежал. Резкая бледность кожи и видимых слизистых оболочек. В моче резко выражен уробилин. Удельный вес 1030. В осадке большое количество уратов. Кал хорошо окрашен. Яйца глистов не найдены. Количество стеркобилина увеличено.

Исследование крови. Гемоглобина 50%, эритроцитов 2,200,000, цветной показатель $\frac{25}{22}>1$; лейкоцитов 6800.

Лейкоцитарная формула: Л. 46%, N. 52%, из коих С=48%, П=4%, Э=4%.
Резко выраженный пойкилоцитоз, анизоцитоз.
Мегалобласты. Мегалоциты.
Больной принимал сначала мышьяк, а потом ему было назначено железо до 1,0 в день в виде Pil. Blaudi и acid. muriat. dilut.

Но общее состояние больного стало ухудшаться.

Гемоглобин стал падать. При повторном исследовании крови через 2 недели было:

Гемогл. 35%; эритроцитов 1,700,000, цветной показатель $\frac{35}{34}>1$, лейкоц. 6200.

Лейкоцитарная формула: Л.=50%, N=47%, из коих С=42%, П=5% Э=3%.
Мегалобласты, мегалоциты, резко выраженный пойкилоцитоз и анизоцитоз.
Ретикулоциты не находились.

Ввиду того, что ни мышьяк, ни железо никакого улучшения не давали (наоборот, наблюдалось ухудшение состояния больного и ухудшение картины крови), больной был направлен в Москву для переливания крови. Ему были произведены две трансфузии, но без всякого эффекта. Тогда он поступил в клинику проф-ра Фромгольда, где доктор Эттингер стал ему проводить лечение сырой печенкой. Через неделю, по словам больного, он суб'ективно стал себя значительно лучше чувствовать, а через 2 недели количество гемоглобина и эритроцитов стало повышаться. Больной пробыл в клинике около двух месяцев. Выписался в очень хорошем состоянии (количество гемоглоб. 75%, количество эритроцитов 3,200,000. Цветной показатель больше единицы) Тут больной опять попадает под наше наблюдение. Все лето больной очень хорошо себя чувствовал, жил на даче и три раза в неделю приезжал в город для своих обычных занятий. Он все время беспрерывно продолжал кушать печенку. Единственно, что его беспокоило—это, сердцебиение и замирание сердца. Последнее исследование крови, произведенное ему в декабре мес. 1927 г., дало 100% гемоглобина, 5.500,000 эритроцитов. Цветной показатель $\frac{10}{11}<1$. Лейкоцитов 10200.

Лейкоцитарная формула:
Л. 25%.
N.=56%, из коих С=51%; П=5%.
Э.=19%.
Мегалобластов, мегалоцитов нет, пойкилоцитоз мало выражен.
Ретикулоциты 3—4 в поле зрения. Уробилина в моче нет.

После этого исследования мы назначили ему печенку 3 раза в неделю. Через 1½ месяца больной чувствует себя очень хорошо, вполне работоспособен. Единственная жалоба—сердцебиение и замирание сердца. Картина крови: Гемоглобина 100%, Эр. 5,250,000, Л. 8800. В моче уробилина нет. Эта вторая ремиссия. Первая продолжалась всего около 3-х месяцев и вторая около года.

Как в первом, так и во втором случае мышьяк, железо, протеинотерапия, трансфузии не давали никакого эффекта, а если мы и получали ремиссию, то весьма непродолжительную 3—4 месяца. Причем оба больные отмечают, что ни во время одной ремиссии не чувствовали себя так хорошо, не были так работоспособны, не прибавляли столько в весе. Картина крови никогда не давала такого улучшения.

На основании литературных данных (Murphy и Minot 105 случаев и братья Мауо 45 случаев, Gibbson 125 случаев и др.) и проведенных нами 2-х случаев мы можем заключить, что печенка с одной стороны возбуждает функцию костного мозга, на что указывает увеличение количества эритроцитов, ретикулоцитов, лейкоцитов, нейтрофилов и эозинофилов, с другой стороны понижает гемолиз крови, на что указывает уменьшение количества билирубина в крови, исчезновение уробилина в моче и понижение максимальной резистентности эритроцитов. В таких случаях, где ни влияния Neosalvarsan'а, ни переливания крови, ни железо, ни мышьяк не давали никакого эффекта, печенка дает хорошие результаты. Есть-ли это выздоровление или более длительная ремиссия, ответят дальнейшие наблюдения, но нужно отметить, что характер ремиссии другой: 1) более длительный, 2) картина крови значительно лучшая, 3) общее самочувствие, работоспособность лучшие. Во всяком случае при лечении пернициозной анэмии печенка должна занять первое место и может быть многим больным, по выражению Whipple, обреченным на смерть, печенка спасет жизнь.

Клиническое значение реакции Matefu

(Из Госпитальной Терапевтической Клиники Белорусского Государственного Университета—Директор-Профессор Ф. О. Гаусман)

Ассистент Клиники Д-р С. П. Соломин

I

За последнее время был предложен целый ряд коллоидных реакций, приобретающих весьма важное значение. Сущность этих реакций заключается в следующем. Как известно, в сыворотке крови среди других элементов содержатся белки,—главное—альбумины и глобулины. В нормальном организме эти элементы находятся в определенном отношении друг к другу (4,5/3,1 по Krehl'ю), которое является постоянным. Это отношение называется *белковым коэфициентом*. При патологических случаях, вследствие распада клеток в организме, в кровяное русло попадают клеточные глобулины, которые, таким образом, становятся преобладающими над альбуминами. Белковое равновесие в организме нарушается. Белковый коэфициент изменяется. Таким образом—изменение белкового коэфициента, а именно преобладание глобулиновой фракции в сыворотке крови, говорит, с другой стороны, о патологическом состоянии организма, о распаде клеток в нем, а степень уклонения коэфициента говорит о степени активности патологического процесса. Определение же преобладания глобулинов в сыворотке крови основывается на коллоидно-химических свойствах этих белков. Глобулины, составленные из более крупных частичек, отличаются большею инстабильностью, в сравнении с альбуминами, состоящими из мелких частичек. Отличаясь малой стойкостью, они в соединении с разными химическими элементами, распадаясь, вскоре дают выпадение хлопьев. Такими химическими реактивами разными авторами предлагались различные. Уже с давних пор занимались вопросом о количественном выпадении глобулинов при сифилисе и выработали целый ряд методов (Klausner, Bruck, Meinike, Sachs и др.). В последнее время клиницисты стали разрабатывать этот вопрос для целей определения активности туберкулеза легких (Sachs, Oetinger, Frisch, Starlinger, Perlocy, Daranyi и др.). Наконец в 1923 году Matèfu для той же цели установления активности туберкулеза легких предложил свой метод определения белкового коэфициента в сыворотке крови посредством сернокислого аллюминия. Методика этой реакции сводится к следующему: к 0,2 сыворотки крови, отстоявшейся 24 часа, прибавляется в маленькой пробирке 1 куб. см. $^1/_2$‰ раствора Alumen. Sulfuric. приготовленного ex tempore из $^1/_2$% раствора реактива. Смесь хорошенько взбалтывают и держат $1^1/_2$ часа в комнатной t^0, и в течение этого времени следят за образованием и выпадением хлопьев в растворе. Нормальные сыворотки в течение этого времени не дают ничего или дают сильную муть, но не хлопчатый осадок. В патологических же сыворотках выпадает густой хлопчатый осадок, при том чем быстрее, тем более резко выражен патологический процесс.

Изучением результатов реакции Matèfu стали заниматься за последнее время, как иностранные, так и русские авторы. Появился целый ряд работ, посвященных проверке ценности этой реакции. Данные у разных авторов получились противоречивые. Нужно указать, что эта реакция отнюдь не является специфической для туберкулеза. Реакция имеет значение для дифференциальной диагностики между органическими поражениями и функциональными неврозами, при которых по наблюдениям Matèfu, Кремеке и др. она всегда выпадает отрицательно. По данным Кремеке—у людей совершенно здоровых, поверхностные нагноения, бронхит, гоноррея, легкие инфекционные болезни, как грипп, ангина и др. давали отрицательную реакцию Matèfu. Особое значение имеет реакция Matèfu, как упомянуто выше, для определения интенсивности процесса у туберкулезных больных. Кремеке проделал реакцию Matèfu у 70 больных туберкулезом легких и пришел к выводу о том, что „осаждение глобулина сернистым аллюминием соответствует степени распада тканей или интоксикации в организме". Такие выводы дали наблюдения Beekmann'a и русских авторов.

II

Перехожу к описанию наших наблюдений. 1) Реакция производилась по вышеуказанной методике. После взбалтывания смеси 0,2 сыворотки с 1 куб. см Alumin Sulfuric $^{1}/_{2}{}^{0}/_{00}$ я наблюдал через каждые 5 минут за выпадением хлопьев. Если начало выпадения хлопьев появлялось до 15 минут, то реакция считалась резко положительной и обозначалась через ++++, если от 15 до 30 минут—явно положительной и обозначалась +++, от 30 минут до 1 часа—положительной ++, от 1 часу до 1 $^{1}/_{2}$ часов—слабо положительной +, после 1$^{1}/_{2}$—отрицательной.

Всего мною была проделана реакция Matèfu у 265 человек, из которых:

Название болезни	Число случаев	Название болезни	Число случаев
Туберкулез легких	49	Лимфосаркома	1
Экссудативный плеврит туберкулезн. происхожд.	11	Лимфогрануломатоз . . .	1
Экссудатив. перитонит . . .	1	Болезнь Dercum'a	3
Крупозная пневмония . . .	9	Diabetes mellitus	7
Гангрена легких	1	„ insipidus	1
Bronchoectasia	1	Базедова болезнь	2
Злокачествен. новообразован. разных органов	15	Polyarthritis	1
Рак желудка	9	Брюшной тиф	1
Язва желудка	8	Малярия	2
Другие заболевания желудочно-кишеч. тракта	16	Церебро-спинальный менингит	1
Болезни печени и желчных путей .	15	Сифилис	10
Хронический панкреатит . . .	1	Мягкий шанкр	1
Болезни сердца и сосудов . .	20	Спинная сухотка	1
Белезни почек и лоханок. . .	16	Lupus vulgaris	18
Анемия пернициозная . . .	2	Pityriasis rubra	1
„ вторичная . . .	1	Sclerodermia	1
Лейкемия миэлоидная . . .	6	Хирургические болезни . . .	13
		Женские болезни	7
		Здоровые	12

Нами была произведена реакция Matéfu у 49 больных с явно выраженным туберкулезом легких, из которых 20 представляли фиброз-

ный, компенсированный процесс (с нормальной t⁰). Из этих больных 9 дали отрицательную реакцию, 5—слабо положительную, 6—положительную (++). Далее следуют 29 случаев туберкулеза легких двухсторонний, эксудативно прогрессивный, декомпенсированный процесс с температурой, иногда типа гектического. В мокроте—палочки Koch'a. Прогноз плохой. Реакция у этих больных выпадала следующим образом: 6 дали выпадение хлопьев от 40 до 50 минут (++), 8 дали от 20 до 30—(+++), а 15 дали резко положительную реакцию (++++). Таким образом, быстрота выпадения хлопьев идет в большом % параллельно с тяжестью заболевания, что имеет большое значение для оценки активности процесса. Правда, следует указать, что бывают и уклонения от этого параллелизма. Так например, у б-ного Т-ва был двухсторонний эксудативн. прогрессивный процесс с большими кавернами, резким амилоидом почек, отеки, одышка. Выпадение хлопьев бывало в 50 минут. Такие же почти отношения были у б-х Яс-го, Разм-ича и Пруд-ока.

Далее следуют эксудативные плевриты (11 случаев) туберкулезного происхождения. Реакцию они давали резко и явно положительную. Один случай хронич. туберкулезного эксудативного перитонита с нормальной температурой давал реакцию в 50 минут.

Наблюдали мы крупозную пневмонию (9 случаев). Данные следующие: 3 больных с t⁰ 39-40 давали резко-положительную реакцию, 2 явно-положительную, 1 случай слабо положительную реакцию и один случай—отрицательную реакцию. При установившейся нормальной температуре изменений почти не было. Только в одном случае получились обратные отношения: при t⁰ в 40 была слабо положительная реакция, а после падения температуры—стала явно-положительной. Гангрена легких (1 случай) и Bronchoectasia (1 случай) давали резко положительную реакцию.

Злокачественные новообразования давали следующие реакции: tumor mediastini, рак легких, рак нижней губы—давали резко положительную реакцию, рак кишек (2 случая), рак печени (1 случай), случай—канкрозного плеврита и 3 случая канкрозного перитонита—давали явно положительную реакцию, рак нижней челюсти—++, рак прямой кишки и S. Romanum, рак селезенки и плевры и наружный Ca кожи давали отрицательные результаты. Из 9-ти случаев рака желудка 3 дали резко положительную реакцию, один явно положительную, а 5 случаев—++ (от 35 минут до 1 часу). Другие заболевания желудочно-кишечного тракта: из 8 случаев язвы желудка 2 дали отрицательную реакцию, один ++, а 5 резко или явно положительную реакцию. Случай расширения желудка давал выпадение хлопьев в 40 минут, 3 случая Achylia gastrica нервного происхождения давали отрицательную реакцию.

Из кишечных заболеваний 2 случая tbc colci—давали ++, случай proctitis и случай сужения кишечника нервного происхождения давали отрицательную реакцию. Такие же реакции давали 2 случая глистных заболеваний. Один случай Taenia дал хлопья в 45 минут.

Таким образом, отмечается большое различие между данными реакции Matéfi при органических и не органических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, что имеет большое диффиренциально-диагностическое значение.

Из случаев хронического аппендицита 1—с t⁰—40,0 давал ++++, 1 с t⁰—37,0— ++, 2 слабо положительную, а один отрицательную реакцию.

Из болезней печени и желчных путей мы имели: случай с абсцессом печени—выпадение хлопьев раз в 45 минут, а другой раз—реакция отрицательная. В одном случае септической желтухи и случае токсикоза печени при беременности—хлопья выпадали в час. Из 4-х случаев механической желтухи 2 дали резко положительную реакцию, в одном случае хлопья выпадали в 40-45 минут, а один случай tumor duodeni давал отрицательную реакцию. При циррозе печени Hannot'овской формы, в 4-х случаях мы имели резко положительную реакцию, а в одном случае—отрицательную. При холециститах (3 случая) хлопья выпадали в 40-45 минут (++). Случай хронического панкреатита давал ++.

Следующие наблюдения касаются заболеваний органов кровообращения. Из 3-х случаев возвратного эндокардита с t° 38,0—2 давали резко положительную реакцию, а один—отрицательную. Затем идут случаи порока сердца (5). Из них один компенсированный, другой декомпенсированный давали резко положительную реакцию, один—давал хлопья в 45 минут, а из 2-х митральных стенозов, один дал слабо положительную реакцию, другой дал отрицательную. Далее следуют 9 случаев хронических миокардитов. Данные таковые: 3 случая с резко положительной реакцией, 3 с явно положительной, а 3 давали ++. Наконец, идут 3 случая arteriosclerosa с разными результатами: в одном случае хлопья появились в 5 минут (++++), в другом в 30 минут (+++), в 3-ем в 50 минут (++).

Из 10 случаев нефрита—4 давали резко положительную реакцию, 5—явно положительную, а один—слабо положительную. Случай нефрита и случай нефролитиаза—давали явно положительную реакцию и, наконец, 3 случая пиэлита дали явно положительную реакцию. Случай nephroptosa давал явно положительную реакцию.

2 случая пернициозной анемии давали выпадение хлопьев в 35-40 минут, а также отрицательную реакцию. Случай вторичной анемии—в 20 минут.

Интересны данные, полученные при миэлоидной лейкемии (6 случаев). В нелеченном состоянии реакция выпадала резко положительно, при лечении же рентгеном в большинстве случаев получались изменения в данных этой реакции. Так, например, больной Л—ч (9-VI) после лечения давал слабо положительную реакцию, а 14-VII при продолжении лечения давал отрицательную реакцию. То же самое с больной К-вой, которая при поступлении давала резко положительную реакцию, а спустя месяц слабо положительную, тоже и с другими больными. Только в двух других подобных случаях изменений во времени выпадения хлопьев не было никаких.

Один случай лимфосаркомы забрюшинных желез и случай лимфогрануломатоза давали резко положительную реакцию. В последнем случае, при месячном лечении рентгеном реакция получилась отрицательной; спустя несколько дней после этой реакции больной умер, чем и можно об'яснить отрицательную реакцию, так как наблюдения многих авторов, а также наши, показывали, что в предсмертном периоде может получаться отрицательная реакция.

Три случая болезни Dercum'а давали резко положительную реакцию. Два случая Базедовой болезни давали явно и резко положительную реакцию.

Из 7-ми случаев Diabetes mellitus два давали резко положительную реакцию ++++, 2 явно положительную (+++), 2—положительную (++), один—отрицательную реакцию. Но тут следует указать, что не отмечалось параллелизма между тяжестью заболевания и ско-

ростью выпадения хлопьев. Так, например, в 2-х случаях благоприятного течения, без ацидоза, получалась резко положительная реакция, наоборот в случаях более тяжелых с ацидозом и с одним смертельным исходом начало выпадения хлопьев появлялось гораздо позже. Один случай Diabetes insipid. давал выпадение хлопьев в 50 минут.

Один случай брюшного тифа, один случай малярии и один случай острого суставного ревматизма давали резко положительную реакцию.

Один случай эпидемического цереброспинального менингита давал явно положительную реакцию.

3 случая Sepsis'а давали: 2 явно-положительную, один положительную (++) реакцию.

Из других заболеваний укажу на сифилитические поражения со следующими данными: Lues I (2 случая), Lues II (2 случая) и 5 случаев Lues III давали резко положительную реакцию Случай Ulcus molli давал явно положительную реакцию; случай tabes dorsalis—положительную реакцию (++). Из кожных заболеваний 1 случай pityr. rubra—давал явно положительную реакцию, случай sclerodermia—резко положительную реакцию. 3 случая Lupus vulgar.—давали положительную реакцию, а 15 случаев—отрицательную реакцию.

Из хирургических заболеваний—2 случая паранефрита, 2 случая остеомиэлита давали резко положительную реакцию. Случай varices Cruris, случай тромбоза venae iliaca и случай свища креста давали ++. Случай fractura Cruris—слабо положительную реакцию, а случай спондилита—отрицательную реакцию. Отрицательную реакцию давали также грыжи (4 случая).

Далее следуют гинекологические болезни (7 случаев). Данные таковые: случай миомы матки, случай выпадения матки et vaginae, случай salpyngoophoritis и случай кисты яичника давали резко положительную реакцию. Другой случай кисты яичника давал слабо положительную реакцию, случай sactosalpinx bilateralis и экссудативного параметрита, а также случай внематочной беременности давали отрицательную реакцию.

Наконец, исследования у 12 здоровых давали отрицательную реакцию.

Данные всех этих исследований с очевидной ясностью свидетельствуют о неспецифичности реакции Matéfu для какого-либо одного заболевания (туберкулеза, новообразования, сифилиса). Она выпадает при всех видах заболеваний, при которых имеется распад тканей. Это обстоятельство уменьшает во многом клиническое значение этой реакции с точки зрения диагностики. Кроме того, во многих случаях, за исключением большей части туберкулеза легких, нет соответствия между тяжестью заболевания и быстротой выпадения в осадке хлопьев, что также умаляет достоинство реакции Matéfu в смысле прогностики.

III

Одновременно с реакцией Matefu мы также проделывали и реакцию Weiss'а на определение урохромогена в моче. Как известно, наличие урохромогена в моче является патологическим признаком, указывающим на большой клеточный распад в организме. Всего таких случаев у нас было 52, из которых—16 были с туберкулезом легких. Результаты этой реакции в сравнении с данными реакции Matéfu видны из таблицы 2-х категорий больных туберкулезом легких—1) случаи с продуктивно-фиброзной формой непрогрессивного характера, вполне

компенсированные с хорошим прогнозом и 2) экссудативные, прогрессирующие процессы с плохим прогнозом:

Таблица 2

Реакция:	Степень реакции	1-я категор.	II категория
Matefu	—	45%	—
	+	25%	—
	++	30%	21%
	+++	—	28%
	++++	—	51%
Weiss	—	50%	—
	+	50%	—
	++	—	7%
	+++	—	8%
	++++	—	85%

Из этой таблицы видно, что при туберкулезе легких реакция Weiss'а более чувствительна, чем реакция Matéfu. Что касается остальных заболеваний, то наиболее интересны данные при крупозной пневмонии. В то время как появление и исчезание урохромогена в моче идет параллельно с течением болезни и имеется определенная связь между состоянием температуры, числом лейкоцитов и уробилинурией, быстрота выпадения хлопьев в сыворотке крови далеко не имеет таких взаимоотношений.

При злокачественных новообразованиях мы имели всегда резкую положительную реакцию Weiss'а, чем эта реакция резко отличается от реакции Matéfu. Такие же отношения получались и при заболеваниях органов кровообращения, за исключением случаев с застойными явлениями в почках, где реакция Weiss'а была отрицательной.

Что касается почечных болезней вообще, то реакция Weiss'а, наоборот, выпадала почти всегда отрицательно или слабо положительно. Об'ясняется это явление тем, что почки являются местом образования урохромогена. Такие же данные получались и при Diabetes mellitus, где реакция Weiss'а также выпадала слабо положительно или отрицательно.

IV

Проделывали мы также для сравнения реакцию осаждения эритроцитов—(Р. О. Э.) 31 больн. Физико-химическая основа этой реакции заключается, по мнению некоторых авторов, в изменении электрических зарядов эритроцитов при разных заболеваниях В норме эритроциты заряжены электроотрицательно, поэтому они взаимно отталкиваются друг от друга и этим поддерживается устойчивость их взвешивания в плазме крови. Нормальные эритроциты, обладающие сильными зарядами, оседают медленно. При усиленном распаде белка в организме, в кровь поступают положительно заряженные вещества, которые нейтрализуют, ослабляют отрицательный заряд эритроцитов и вследствие этого прекращается их взаимное отталкивание, они начинают склеиваться в кучки и скорее оседать. Höber нашел в плазме быстро осаждающейся крови увеличение глобулинов и уменьшение альбуминов. Таким образом Р. О. Э. по своим клиническим свойствам близко подходит к реакции Matéfu.

Исследования Кащенко показали, что существует до известной степени параллелизм между этими двумя реакциями. выявляющийся особенно ярко в случаях, дающих относительно высокие цифры оседания:

от 35 и выше. В этих случаях реакции Matèfu давали от трех до четырех крестов. В 3-х случаях бывало обратное.

Что касается данных наших наблюдений, то они изображены в следующей таблице:

Таблица 3

Название болезни	Количество случаев	Matètu	Weiss	Р. О. Э. в 1-й час	Уробилинурия
Туберкулез легких экссудатив. дэкомпенсирован.	6	++++	++++	38—60	
	2	+++	+++	21—29	
Увеличенная печень	1	++++	++++	16	++++
	1	++	++++	3	++++
Рак желудка	2	++		12—15	++++
Опухуль средостения	1	++++		3	++++
Болезни сердца с декомпенсацией с увеличением печени	3	++++		$1^1/_2$—4	++++
Миэлоидная лейкемия	3	++++		22—58	
Крупозная пневмония	2	+		50—53	
Экссудатив. плеврит	1	++++		56	
Хронич. гломерулонефрит	2	++++		26—73	
Менингит	1	+++		8	
Женские болезни	5				

Из этой таблицы видно, что из 10 случаев туберкулеза легких экссудативно-прогрессивной формы—6 давали резкие положительные реакции Matèfu и Weiss'a и быстрое осаждение эритроцитов: от 38 до 60 делений в 1-й час, в 2-х случаях-реакции Matèfu и Weiss'a давали 2 и 3 креста, Р. О. Э. давала 21—29 в 1-й час, в одном случае, где реакции Matèfu, а также и Weiss'a давали четыре креста Р. О. Э. была нормальной (16 в 1-й час) и, наконец, в одном случае реакция Matèfu давала 2 креста. Weiss'a 4 креста, а Р. О. Э. выпадала резко замедленной (3 в 1-й час).

Нормальное и медленное осаждение эритроцитов в последних 2-х случаях можно об'яснить дисфункцией печени, что клинически подтверждалось увеличением печени и резкой уробилинурией. На это явление указывают Steinbrick, Kowatch и Кащенко. Последний по этому поводу указывает, что, повидимому, в таких случаях имеются в крови какие-то вещества, которые портят чистоту Р. О. Э. Вследствие недостаточности функции печени происходит какой то сдвиг в содержании белков плазмы, что влияет на заряд клеток, меняет их осаждаемость. Такие же явления нормальной или замедленной скорости осаждения эритроцитов наблюдались также в 2-х случаях cancer ventric с метастазами в печени, где Matètu давал 2 креста и Р. О. Э. была нормальной, и в одном случае tumor mediastini с резкой уробилинурией. Metèfu была резко положительной, а Р. О. Э. крайне замедленной (3 в 1-й час). Явлением дисфункции печени можно также об'яснить резкое замедление Р. О. Э. ($1^1/_2$ - 4) при декомпенсированных заболеваниях сердца, где реакция Matèfu давала 3 или 4 креста.

Из 3-х случаев миэлоидной лейкемии, при которых реакция Matèfu была резко положительной, Р. О. Э. давала в одном случае 22, а в другом 30, а в 3-м 58 дел. в 1-й час. Наоборот, при крупозной пневмонии (2 случая), где реакция Matefu давала 2 и даже один крест, Р. О. Э. выпадала резко ускоренной (50—53).

Экссудативный плеврит туберкулезного происхождения давал резко положительную реакцию Matéfu и быструю Р. О. Э. Остальные заболевания (нефрит, менингит, женские болезни) давали разные цифры для скорости выпадения хлопьев и скорости осаждения эритроцитов.

Таким образом и наши наблюдения показывают, что параллелизм между реакцией Matèfu и Р. О. Э. незначительны, большею частью только при ТВС легких экссудативно-прогрессивной формы.

Выводы

1. Реакция Matèfu не специфична для туберкулеза.
2. Она выпадает положительно при всех тех заболеваниях, при которых имеется распад тканей.
3. Для диагностических целей она не имеет значения.
4. Реакция Matèfu имеет значение для определения активности туберкулезного процесса.
5. Реакция имеет дифференциально диагностическое значение между заболеваниями органического и нервного происхождения.
6. Реакция Matèfu менее соответствует течению болезни и менее чувствительна, чем реакция Weiss'a.
7. Параллелизм между реакцией Matèfu и реакцией осаждения эритроцитов незначительный.
8. Клиническое значение реакции Matèfu невелико.

ЛИТЕРАТУРА

Абраменков М.М. Казанский Медицинский журнал 1925 г. № 6.
Максуидов Б. С. там же 1926 г. № 9.
Оречкин С. Врачебное дело 1925 г. № 6 стр. 500.
Бабаев С. Х. Там же 1926 год № 15–16.
Мойборода Е. А. Там же.
Кащенко Б. А. Там же 1927 г. № 5.
Хмельницкий Б. М. и Сорочинова Л. М. Там же 1927 г. № 21.
Krömeka. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1924 г. № 8.
Э.Линдфорс-Алексина Л. А. Вопросы туберкулеза 1926 г. № 1.
Гальперин Э. Там же № 2.

К вопросу о противопоказаниях к грязелечению со стороны сердечно-сосудистой системы[1])

(*Из госкурорта Саки—старший врач С. С. Налбандов*)

И. М. Флекеля и Л. Я. Ситермана

В вопросе о противопоказаниях к грязелечению заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из видных мест. Сердечные декомпенсации различной этиологии, аневризмы аорты, острые эндокардиты, выраженный артериосклероз являются общепризнанными абсолютными противопоказаниями к грязелечению. Но кроме этой группы заболеваний несомненно встречаются случаи, где тот или другой применяемый курс грязелечения вредно отзывается на сердечно-сосудистой системе, как в момент прохождения грязелечения, так иногда и через более или менее продолжительное время после него.

Для предупреждения этих неблагоприятных ближайших и отдаленных результатов необходима, очевидно, дальнейшая разработка вопроса о противопоказаниях, которые должны уже носить не только абсолютный, но и условный характер в смысле ограничения курса грязелечения, понижения его интенсивности.

Необходимый для установления противопоказаний к грязелечению предварительный учет в каждом отдельном случае состояния сердечно-сосудистой системы, особенно при отсутствии заметных анатомических изменений, столь желательное предварительное решение вопроса о том, как будет реагировать в том или ином случае сердце на ту или иную специальную нагрузку—при современном положении наших знаний наталкивается на значительные затруднения.

Существующие методы функционального испытания сердца (в том числе и инструментальные) не могут обычно ответить нам на вопрос—как отнесется сердце данного суб'екта к той или иной специальной нагрузке—сердце может легко справиться с интенсивной нагрузкой одного порядка и выявить свою слабость, неприспособленность к нагрузке другого порядка, даже значительно меньшей интенсивности. При таком положении вещей мы, очевидно, и в отношении интересующего нас грязелечения не можем полагаться полностью на существующие методы функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы и должны, главным образом, наблюдать за состоянием сердца при проведении самого грязелечения, пользоваться критической оценкой результатов его, стараясь уловить начальные, более легкие симптомы расстройства сердечной деятельности и принимать во внимание не только выраженные об'ективные симптомы, но и жалобы больных, которые нередко являются началом, так называемой относительной сердечной недостаточности, должны присматриваться к тому, как различные болезненные формы реагируют на тот или другой курс грязелечения Подобные наблюдения и могут лечь в основу выработки вышеупомяну-

[1]) Доложено в Научном О-ве Минских врачей в марте 1927 г.

тых относительных противопоказаний. С этой точки зрения мы сочли возможным поделиться своими наблюдениями относительно состояния сердца при грязелечении.

Работая последовательно в качестве консультантов терапевтов в Сакском Госкурорте в сезоне 1926 года, мы имели возможность наблюдать подавляющее большинство тех больных, у которых либо до начала грязелечения, либо при проведении его наблюдались какие-либо нарушения со стороны внутренних органов, в частности со стороны сердечно-сосудистой системы, по поводу которых больные эти и направлялись к нам лечившими их врачами (преимущественно гинекологами, хирургами и невропатологами).

Из осмотренных 649 больных мы наблюдали расстройства сердечно-сосудистой системы у 141 человека. Сакская грязелечебница, все более отказывающаяся в последние годы от интенсивного лечения в пользу „метода щажения", уменьшает, несомненно, количество нежелательных последствий, в частности со стороны сердечно-сосудистой системы. Обычно применяемый в последнее время в Саках курс грязелечения схематически представляется в следующем виде: б-ной принимает большей частью подряд (или с однодневным отдыхом) 3 „входных" рапных ванны в 28, 29 и 30, реже 31° по 15, иногда 20′, затем после однодневного отдыха приступает к грязевым ваннам (натурального солнечного нагрева)—в среднем 5 иногда 4 в неделю—вначале 38, затем 39, реже 40° по 15-20′—всего 12-13 грязевых ванн (общих) и заканчивает лечение 3-мя „отходными" рапными ваннами 30, 29, и 28°. Весь курс обычно продолжается один месяц. При лечении поясными и местными грязевыми ваннами количество их, температура и продолжительность обычно несколько повышаются.

И при таком методе лечения мы видели различную реакцию со стороны сердечно-сосудистой системы при различных ее состояниях.

Из 649 больных мы видели *пороков сердца* 17: из них митральных 14, аортальных 3. 12 больных с полной компенсацией (6—с недостаточностью двухстворки, 5—с митральным стенозом и один с недостаточностью клапанов аорты)—проделали в течение месяца умеренный курс грязелечения—12 грязевых (общих и поясных) ванн—38, 39° по 15′ и 6-8 рапных—вполне успешно—не было суб'ективных жалоб, сердце не давало и об'ективных заметных изменений. У 2-х больных компенсированная митральная недостаточность комбинировалась с ясно выраженным туберкулезным (фиброзным) поражением легких в состоянии неустойчивой компенсации, в силу чего этих больных можно было пользовать лишь умеренными рапными ваннами (4 ванны в неделю—28-29° по 15′). Ухудшения со стороны сердца при таком лечении также не наблюдалось.

Одному больному с компенсированным, комбинированным митральным пороком, ввиду общей слабости больного, анемии, лябильности пульса и возникавшего отсюда подозрения о возможности скрытого эндокардита, было назначено рапное лечение. Последующее наблюдение не дало оснований для признания у этого больного эндокардита—он успешно проделал курс рапного лечения (18 рапных ванн—30°—15′).

Особо следует выделить 2-х больных, сравнительно недавно проделавших острый ревматический (инфекционный) полиартрит с аортальной недостаточностью (у одного больного в комбинации с недостаточностью митральной), при чем пороки у них, повидимому, еще не окончательно сформировались, вызвавший их острый эндокардит заканчивался—на лицо имелась, кроме симптомов порока, лябильность

пульса и у одного больного температура изредка доходила до 37,1-37,2; этот больной получал полурапные ванны 28-29°, 15' через день, другому же больному с устойчивой нормальной температурой после входных рапных ванн были назначены осторожно общие грязевые ванны 37° по 8-10' через день, вызывавшие у больного вначале резкую тахикардию. Постепенно больной стал лучше переносить эти процедуры и успешно проделал слабый курс общего грязелечения—12 грязевых ванн—37-38° по 10-15' и 6—рапных.

Более или менее выраженный эндокардит мы наблюдали у 3-х больных, где, конечно, о применении каких-либо бальнеологических процедур не могло быть и речи.

Одного больного мы встретили с *сердечной декомпенсацией*—застойной печенью, застойным бронхитом. Этиологическим моментом мы считали выраженную эмфизему легких с одной стороны, а с другой—не могли отвергнуть отрицательного влияния предшествовавшего чрезмерного грязелечения—больной проделал, по его словам, на другом грязевом курорте в течение 2-х предыдущих сезонов 2 курса по 30 грязевых ванн каждый. Этому больному мы никаких процедур разрешить не могли.

Больных с поражением миокарда мы наблюдали 2-х—одного из них мы увидели после того, как он принял 9 грязевых поясных—39—40° и 3 рапных ванны. Увеличение поперечника сердца—вправо 6, влево 10,5 сант. при абсолютной тупости в 7 сант.—глухие тоны, тахикардия. Другой больной без каких-либо осложнений принял 15 полурапных ванн.

12 больных, *с нерезко выраженным склерозом периферических сосудов* при отсутствии заметных симптомов склероза сердца и аорты хорошо переносили умеренное общее грязелечение.

5 больных с *умеренным периферическим артериосклерозом и склерозом аорты* без каких-либо осложнений переносили умеренный курс лечения поясными грязевыми ваннами. Один такой больной после 4-х общих грязевых ванн начал испытывать боли, чувство стеснения в левой половине груди, что побудило перевести больного на рапное лечение.

3-х больных с *выраженными склеротическими изменениями периферических артерий и аорты*, из коих у 2-х в анамнезе имелись указания на слабые припадки грудной жабы, а у третьего—явления мозгового склероза, конечно, не подлежали грязевому лечению—без осложнений они проделали курс лечения полурапными ваннами в 28°—3 раза в неделю.

Особого внимания заслуживают, на наш взгляд, сердца таких больных, которые в силу своего основного страдания вынуждены в течение долгого времени, иногда годами лежать неподвижно в постели. Мы имели возможность наблюдать 3-х таких больных с резко выраженными явлениями спондило-артрита. Сердце таких больных оказывается в функциональном отношении значительно пониженным—при отсутствии выраженных анатомических изменений оно в силу недостаточной деятельности ослабевает, понижается его тонус, увеличивается поперечник, тоны становятся глухими—развивается выраженная картина *атонии сердечной мышцы*. Такое сердце чрезвычайно возбудимо, оно реагирует значительной тахикардией на самые легкие физические напряжения—уже поворачивание в постели вызывает значительное учащение пульса. Одного из таких больных мы увидели после нескольких ванн с явлениями выраженной сердечной слабости—значительное увеличение поперечника сердца, выраженная тахикардия—125 ударов в минуту, систолический шум у верхушки. Под влиянием абсолютного постельного покоя и наперстянки сердце через несколько дней сократилось, пульс

замедлился, шум стал исчезать. В дальнейшем лечение начали с легких полурапных ванн, затем перешли на рапные и, в конце концов, больной удовлетворительно стал переносить слабой интенсивности общее грязелечение. Второму подобному больному после длительной подготовки его массажем, активными движениями (поскольку позволяло его основное страдание) были назначены вначале полурапные, затем рапные и, наконец, и общие грязевые ванны—в первой такой ванне больной не мог вылежать больше 10 минут, число сердечных сокращений достигло 140—150 в минуту. В дальнейшем этот больной значительно лучше стал переносить умеренные общие грязевые ванны. Подобные больные, следовательно, могут быть подвергнуты грязелечению, но лишь при условии предварительной длительной тренировки путем массажа, пассивных движений, полурапных и рапных ванн (с более длительными, чем обычно, промежутками между отдельными процедурами).

Необходимость такой длительной тренировки естественным образом связана с необходимостью более длительного пребывания таких больных на курорте (до 2-х, двух с половиной месяцев), что необходимо учитывать и местам, направляющим на курорты подобных больных.

15 больных мы наблюдали *с умеренно выраженным общим ожирением*. Эти больные, как известно, дают определенные изменения со стороны сердца — они обнаруживают пониженную функциональную способность его, у них констатируется увеличение поперечника сердца, зависящее однако не от дилятации его, а от отложения вокруг него избыточного количества жира и, главным образом, вследствие высокого поперечного положения сердца, в зависимости от высокого-же стояния диафрагмы. Все эти 15 больных вполне удовлетворительно переносили умеренный курс грязелечения (в среднем 12 грязевых—39° при 6-ти-8 рапных)—часть этих больных принимала общие, часть поясные ванны.

Больных с функциональным расстройством сердечной деятельности—с так наз. *неврозами сердца* мы наблюдали 58 человек. В эту группу входили больные с резко повышенной возбудимостью сердечно-сосудистого аппарата, дававшие и при спокойном положении нередко тахикардию до 90—100 ударов в минуту, на всякую дозированную работу (приседание) реагировавшие резким учащением числа ударов пульса, длящимся в течение 3—5 минут после отдыха. У 4-х больных мы могли наблюдать экстрасистолию, у 5-ти респираторную аритмию Нужно полагать, что такого рода повышенная возбудимость сердечно-сосудистого аппарата была рефлексом со стороны других органов и у большинства больных гинекологических могла быть рефлексом со стороны половых органов; у других больных—в результате общей раздражительности нервной системы. Эти больные, после проделанного курса грязелечения, а некоторые после нескольких ванн, давали нередко большое количество суб'ективных жалоб на сердцебиение, чувство стеснения в груди, плохой сон. Несмотря на ряд подобных жалоб у них не обнаруживалось каких-либо заметных об'ективных ухудшений со стороны сердца при обычном курсе грязелечения (некоторые из гинекологических больных принимали по 15—16 поясных грязевых ванн—39,40° при 6-ти рапных). При подобных заболеваниях регулятором интенсивности грязелечения должно быть, очевидно, не сердце как таковое, а общее состояние нервной системы.

Особо отметим одну больную с умеренно-выраженным *гипертиреоидизмом*, которую мы увидели после приема 12 поясных грязевых

ванн и 3-х рапных с бурной сердечной деятельностью—пульсом 120 ударов в минуту, увеличением поперечника сердца (15 сант.), с коротким систолическим шумом у верхушки—дальнейшее грязелечение было отменено.

В особую группу мы сочли необходимым выделить тех больных, которые пред'являют врачу ряд суб'ективных жалоб и которые трактуются нередко, если не обращать на них специального внимания, как больные с неврастенией без определенной этиологии. Мы имеем ввиду суб'ектов с своеобразными конституциональными особенностями—это лица с так называемой *общей врожденной астенией Stiller'a*. Среди нашего материала мы встретили 29 суб'ектов с выраженной Stiller'овской астенией (высокая узкая грудная клетка, 10-е подвижное ребро, опущенная почка и пр.).

Суб'екты эти, как известно, являются обладателями так называемого капельного или висячего сердца—малого по об'ему, анатомически здорового, но функционально ослабленного „низкопробного". Эти сердца, будучи достаточными в обычных жизненных условиях, при пред'явлении к ним больших требований оказываются порой несостоятельными. Функционально пониженными, низкопробными, выявились эти сердца, по нашим наблюдениям, и при грязелечении.

Больная Г. Ясно выраженная астения Stiller'a с малым капельным сердцем. В течение полутора месяцев б-ная приняла 16 поясных грязевых ванн 38—39°,14 рапных—30° и 5 полурапных. В конце лечения б-ная начала испытывать постоянные сильные сердцебиения, как при движениях, так и при покое, появилось увеличение поперечника сердца—5½ сант. вправо, 10½ сант. влево при поперечнике абсолютной тупости в 6 сант. В этом случае было применено, правда, довольно интенсивное лечение. В других случаях мы видели заметное нарушение сердечной деятельности после применения сравнительно слабой интенсивности грязелечения. Б-ная Г-г уже после 5-ти рапных (30°) и 9 грязевых поясных (39°) начала чувствовать постоянные сердцебиения. Умеренная дилятация сердца, тахикардия.

Больная А-а обратилась к нам после того, как она приняла 3 рапных и 9 грязевых поясных ванн 39—40° с жалобами на сильную сжимающую боль в области сердца. Выраженная астения Stiller'a. Поперечник сердца 16 сант. (у астенички, где мы вправе были ожидать малого „капельного" сердца), глухие тоны, тахикардия.

Обычная нагрузка грязевыми ваннами является, очевидно, чрезмерной для низкопробного сердца астеников. Интенсивность грязевых процедур для подобных больных должна быть понижена, как в отношении температуры ванн, их продолжительности, промежутков между отдельными процедурами, так и в отношении общего количества процедур в течение курса грязелечения.

Мы можем резюмировать наши наблюдения следующим образом.

1. Кроме острого, resp обострившегося эндокардита, выраженной миодегенерации сердца, расстройства сердечной компенсации различной этиологии, аневризм аорты, резко выраженных явлений артериосклероза, являющихся общепризнанными абсолютными противопоказаниями к грязелечению, встречаются случаи, при которых тот или иной курс грязелечения отзывается неблагоприятно на сердечно-сосудистой системе, как в момент самого грязелечения, так, иногда, и через некоторое время по окончании его.

2. Для предупреждения подобных неблагоприятных осложнений необходима дальнейшая разработка вопроса о противопоказаниях не только абсолютных, но и условных в смысле ограничения интенсивности грязелечения.

Наши наблюдения в отношении состояния сердечно-сосудистой системы у б-ых Сакской грязелечебницы показали, что:

3. Больные с вполне компенсированными пороками сердца, с нерезко выраженным склерозом периферических сосудов, с умеренным общим ожирением переносили хорошо, без каких-либо выраженных (как суб'ективных, так и об'ективных) расстройств со стороны сердца умеренный курс грязелечения в том виде, в каком он проводится в последнее время в Саках (в среднем 12—13 грязевых ванн 39°—15' при 6-ти рапных в течение месяца).

4. Больные с умеренным склерозом периферических артерий и аорты переносили удовлетворительно умеренной интенсивности поясные ванны.

5. Больные с неврозом сердца, несмотря на ряд суб'ективных жалоб, не давали об'ективных ухудшений со стороны сердца под влиянием такого грязелечения. Регулятором интенсивности грязелечения у подобных больных должно быть не сердце, а общее состояние нервной системы.

6. Больные с общей врожденной астенией Stiller'a, при обычно проводимом в Саках курсе грязелечения, обнаруживали нередко признаки утомления сердца—во избежание более серьезных сердечных расстройств интенсивность лечения этих больных должна быть понижена и само лечение должно проводиться под систематическим контролем сердца.

7. Больные, которые в силу своего основного страдания вынуждены в течение длительного периода времени пребывать более или менее неподвижно в постели—больные с выраженной атонией сердечной мышцы—должны путем массажа, пассивных, а если возможно то и путем активных движений, путем постепенного применения полурапных и рапных ванн, длительно подготавливаться к грязелечению, что, конечно, связано с более длительным пребыванием подобных больных на курорте. Обычно применяемый в Саках метод грязелечения, без специальной длительной подготовки, может вызвать у таких больных серьезные расстройства сердечной деятельности.

8. Особую осторожность следует проявлять при грязелечении у больных, сравнительно недавно перенесших острый инфекционный (ревматический) полиартрит с осложнениями со стороны сердца.

Иод, как этиологический и лечебный фактор при зобе

(Из первой хирургической клиники БГУ. Директор-проф. С. М. Рубашев)

Р. И. Лапидус

Целый ряд болезней, главным образом инфекционных, после войны принял очень большие размеры. Сильно увеличилось после войны число заболеваний зобом, хотя, как установлено, зоб не имеет своего возбудителя. Это заболевание, как отмечено целым рядом швейцарских и германских врачей, распространилось и приняло большие размеры даже в тех округах, которые раньше были совершенно свободны от зоба. Schwenkenbecher приводит данные школьных врачей для Магбурга в 20%, в Шмалькальде в 47%, во Франкфурте 24%. То же можно отметить в Тюрингии (Hessen-Nassau) и др. местностях, не говоря уже о Южной Германии, которая прилегает к Альпам, где зоб имел и раньше сильное распространение. Fürst для Мюнхена показывает в 1920 году увеличение заболевания зобом у детей школьного возраста на 10% в сравнении с 1913 годом. Он же считает, что % этот еще больше, т. к. им брались вполне выраженные увеличения железы, чего не было в 1913 году, когда проф. Капр принимал в расчет и первую степень по Клингеру.

Щитовидная железа, как известно, при гипер—или—гипофункции вызывает целый ряд расстройств в организме. И при зобе часто можно наблюдать такую же картину, как при гипофункции щитовидной железы, а также и целый ряд других расстройств как глухонемота, явления Базедовизма и др По статистике Eggenberger'a в Швейцарии, где зоб особенно распространен, имеется 5.000 кретинов на 4.000.000 населения, а если еще прибавить число глухонемых, базедовиков и наконец число людей с более легкими расстройствами нервной системы на почве зоба, то число это значительно увеличится. А то, что Базедовизм получил свое распространение в местах, пораженных зобом, доказывают исследования Mc. Clendon'a в Северной Америке, который показал, что в местах, пораженных зобом, число базедовиков резко увеличивается.

Переходя к этиологии зобах, нужно сказать, что Saint Leger еще в 1867 году собрал 43 различных теорий, среди них имелась и иодная теория. Эта теория была разработана Chatin'ом. Fellenberg думает, что Chatin'a привело к иодной теории народное средство против зоба—колодезные крессы. Это растение в народе употреблялось, как средство против туберкулеза, скрофулеза и эндемического зоба. Растение это, как установил еще Chatin, очень богато, в сравнении с другими, иодом. Дальнейшие исследования, начатые Chatin'ом в 1850 г. и занявшие более чем десятилетие, установили, что в водяных растениях содержание иода больше, чем в земных. Chatin также установил, что количество иода в растениях зависит не от природы самого растения,

а от той почвы, на которой оно проростает. Растения всех частей света содержат иод, и не только растения настоящего времени, но и остатки ископаемых (каменный уголь, графит, торф и т. д.) содержат иод.

Иод содержится не только в растениях, но и в животных организмах, при чем в водных животных организмах количество иода больше, чем в земных.

Всякая естественная вода содержит иод. Из большого количества проб воды Chatin только в 7% не мог найти иода. Количество иода в воде зависит от окружающих условий. Вода из железистых горных пород особенно богата иодом; жесткая, содержащая много извести и магнезии, вода быстро теряет свой иод; речная вода богаче иодом, чем ключевая. Дальше исследования Chatin'a показали, что содержание иода в молоке обратно пропорционально секреции; яйца очень богаты иодом. Количество иода в пахотной земле меняется в зависимости от геологической формации.

Исчезновение иода из воды, его испаряемость при кипении и присутствие его в дестиляте, его быстрое исчезновение в жесткой воде даже тогда, когда эта вода берет начало из богатой иодом земли, и присутствие иода в дождевой воде навели Chatin'a на мысль, что и воздух должен содержать иод. В 4-х куб. метрах воздуха в Париже имеется по данным Chatin'a $^1/_{500}$ mg. иода. Если считать, что человек употребляет 8 куб. метров воздуха, то количество иода, вдыхаемого человеком в день, равна $^1/_{250}$ mg., $^3/_4$ которого усваивается, а остальное выделяется обратно. Такое количество иода содержится в 2-х литрах воды. Содержание иода в воздухе зависит от температуры, влажности воздуха, от времени дня и года, от господствующих ветров, частоты дождей, бурь, место нахождения страны, от содержания иода в воде и земле, от ширины долин, от высоты местности, близости моря и больших рек. Содержание иода в 10 литрах дождевой воды в Париже равна от $^1/_2$ до $^1/_{12}$ mg. Chatin дальше исследовал воду и воздух на разных высотах и установил, что чем выше данная местность, тем меньше иода в ней содержится. Вода и воздух на Пиренеях и Альпах также, по его данным, подчиняются этому закону. Рука об руку с уменьшением иода идет возрастание зоба и кретинизма.

На основании этого Chatin и ставил в прямой зависимости от недостатка иода зоб и кретинизм, но вместе с тем он придавал большое значение гигиеническим условиям, как сырое помещение, недостаток вентиляции, ношение тяжестей и т. д., т. е. все то, что уменьшает количество получаемого иода.

Chatin различал 4 зоны распространения зоба.

1. Нормальная, где получаемый с пищей в день иод равен $^1/_{100}$—$^1/_{200}$ mg., здесь нет ни зоба, ни кренитизма.

2. Отличается от первой только жесткостью воды—зоб редко, кретинизма нет.

3. Получаемый иод равен $^1/_{500}$—$^1/_{1000}$, зоб частый, кретинизм редкий.

Иод меньше $^1/_{2000}$. Зоб и кретинизм эндемически распространены.

Chatin представил свои данные в Академию Наук, которая подтвердила полностью верность его опытов, но не могла согласиться, чтобы такие маленькие количества иода могли влиять на щитовидную железу, и вместе с тем на весь организм.

К этому времени Marchand представил свои исследования питьевой воды, на основании которых он также приходит к выводу, что недостаток иода является причиной зоба. Но и его постигла участь Chatin'a. После этого целый ряд химиков занялся этим вопросом. Многие стали вообще отрицать существование иода в том виде, как это

представил Chatin. Нашлись такие, которые считали, что иод вводится искусственно поташем, который применялся Chatin'ом для обработки исследуемых продуктов, хотя Chatin указал способ, при помощи которого поташ очищался от иода.

Целый ряд других ученых занимались определением иода среди различных видов растений, рыб, в воде и воздухе (Nadler, Bourcet, Herdrik, Gauthier и др.).

Новое начало в исследовании иода положил недавно Fellenberg. Главные его реактивы: алкоголь, дестилированная вода, хлороформ и поташ.

Он исследовал большое количество разных веществ, употребляемых в питании, и везде нашел иод. Исследование соли из одного и того же места в разное время давало разные результаты. Эти результаты зависели во многом и от свежести соли: чем соль больше лежала, тем больше иода она теряла.

Содержание иода в воде зимой больше, чем летом; речная вода содержит больше иода, чем колодезная.

Так как в Signau распространен зоб, а La Chaux-de—Fonds его нет, то Fellenberg исследовал продукты, идущие в пищу в этих обоих местностях. Условия взятия пищи одинаковы. Разница оказалась громадная, несмотря на то, что Signau лежит ниже над уровнем моря.

Дальше он установил, что в кожуре картофеля, в шелухе яблок больше иода, чем в самом яблоке или картофеле.

Уголь богат иодом и при его сжигании часть его переходит в воздух. Поэтому в больших городах воздух богаче иодом, чем в деревнях. И в животном организме он мог установить (или скорее подтвердить) содержание иода. Он исследовал рыбу (Bachforelle) и оказалось, что больше всего иода содержится в щитовидной железе, затем идут половые железы, дальше печень, жир и меньше всего иода в мышцах. Большое содержание иода в щитовидной железе Eggenberger доказал косвенным путем. Он дал своим детям с'есть свежую щитовидную железу от 10 до 26 граммов за раз, после чего он у них в моче нашел много иоду, чего не было ни при какой другой пище.

Fellenberg на основании своих опытов о иодном обмене в организме делает следующие выводы: иод главным образом выделяется почками, количество его в Faeces зависит от того, как организм усваивает иод; при потении через кожу выделяется больше иода, но общее количество выделяемого иода не меняется, лихорадка увеличивает общее количество выделяемого иода, пост уменьшает, при покое выделяется меньше иода. При питании 14-ью y[1]. При увеличении количества вводимого иода до 50—80y в организме образуется легко подвижной резерв. Усвояемость иода зависит от вида иода, в каком он поступает с пищей. Щитовидная железа является регулятором для иодистого обмена.

Большой интерес представляют новейшие исследования Mc. Clendon'a. Он исследовал воду многих штатов Северной Америки. Ему удалось показать, что увеличение зоба идет с поразительной точностью с уменьшением иода в воде.

Таким образом, уже 70 с лишним лет тому назад Chatin разработал иодную теорию, показав, что различные факторы (жесткая вода, горный воздух и пр.) действуют не сами по себе, а вызывают лишь исчезновение иода в этих местностях и, следовательно, обеднение организма иодом. Правда, Chatin не исследовал сам щитовидную железу, которая оказалась очень богатой иодом, что уже выполнил в 1895 г. Baumann. Он выделил из щитовидной железы вещество с содержанием

[1]) y—микрграмм=$^1/_{1000000}$ гр.

иода в 10%, которое по своему действию ничем не отличалось от действия самой щитовидной железы. В общем Baumann мог констатировать, что в увеличенной щитовидной железе содержится меньше иода, чем в норме, хотя и в нормальной железе иногда бывает пониженное количество иода. Blumm во Франкфурте мог выделить целый грамм металлического иода из щитовидной железы одного больного, который продолжительное время пользовался иодным лечением. Щитовидная железа является как бы депо, куда откладывается излишек иода. Дальнейшие исследования показали, что препараты щитовидной железы ценятся, главным образом, по содержанию в них иода: чем больше иода, тем препарат приближается по своему действию к щитовидной железе, а вместе с тем в крови иод исчисляется в микрограммах.

Eggenberger считает, что столь малые количества иода, поступающие в организм и исчисляемые в микрограммах, не могут служить отрицанием иодной теории. Он указывает на витамины, которые также бывают в минимальных количествах, а вместе с тем их действие общеизвестно. Fellenberg идет еще дальше. Он высказывает предположение, что и витамины также являются неорганическими питательными веществами, которые должны исчисляться в микрограммах, к этому его приводит поразительная аналогия между иодом и витаминами. Оказывается, что там, где много иода, там много и витаминов. Рыбий жир, богатый иодом, богат и витаминами. Белый хлеб не имеет ни витаминов, ни иода. Витамины содержатся только в отрубях хлеба, в шелухе картофеля, в кожуре яблок, там же мы найдем и иод и т. д.

Eggenberger следующим образом об'ясняет происхождение зоба, щитовидная железа, получая все необходимые для нее питательные вещества, за исключением необходимого для образования секрета иода, должна так или иначе на это реагировать: сосуды ее сильно расширяются и, следовательно, подводят больше иода, а сама она гиперплязируется для того, чтобы захватить сильно разбавленный в крови иод. Как известно, щитовидная железа оказывает громадное влияние на рост вообще и половые железы в частности, поэтому вполне понятно, что эти явления должны резче всего выступать во время роста, особенно у женщин во время беременности. Вот откуда происхождение „большой щитовидной железы", которая может исчезнуть при наступлении благоприятных условий и может также поддаться лечению. Но если недостаток иода, несмотря на всю приспособляемость железы, еще значителен, тогда наступают явления гипотиреоидизма, а сама железа, как всякий гиперфункционирующий орган, гипертрофируется. Происходит разрастание, как соединительной ткани, так и самих клеток железы, и получаются стойкие изменения, не поддающиеся уже в дальнейшем обратному развитию.

Теперь становится понятным, почему после войны увеличилось число зобатых. После войны состав пищи изменился и количественно и качественно, что повлекло за собой уменьшение поступления иода в организм. На основании этого Klein высказывается даже о ненужности лечения зоба, так как он считает, что с изменением пищи зоб сам по себе пройдет.

Eggenberger приходит к следующим выводам: зоб у взрослых есть следствие так называемого функционального увеличения щитовидной железы и лечение его должно производиться незначительными дозами иода.

В последнее время стали придавать большое значение маленьким дозам не только иода, но и других лекарственных веществ, особенно

после того, как Bier стал лечить гомеопатическими дозами Sulfur jodatum фурункулез. Эти маленькие дозы стали получать также научное обоснование. По Leeser'у, его точку зрения разделяет и Bier, лекарства являются для больного специфическим раздражителем по отношению к особенному болезненному состоянию определенного органа или ткани. А что это возможно при очень маленьких разведениях лекарственного вещества, доказывается новейшими данными о пределах чувствительности живой протоплазмы к различным минимальным количествам действующего вещества. Nägeli в 1893 году показал, что некоторые водоросли в сосуде с водой, в которую была погружена медная пластинка, погибают даже после повторного промывания сосуда новыми порциями воды, хотя следы меди на стенках сосуда не определяются никакими реакциями. И только промывание серной кислотой с последующим прополаскиванием его несколькими порциями чистой воды устраняет пагубное действие меди. Кравков в своих опытах над изолированными органами показал, что некоторые протеиногенные амины обнаруживают ясное действие в разведении до концентрации 10^{-12} глюкозиды, алколоиды и наркотики жирного ряда—в концентрации 10^{-16}. При этом эти вещества в очень сильных разведениях иногда теряют свою фармакологическую сущность,—а именно в меньших разведениях они вызывают с'ужение сосудов, а в больших расширение. У лягушек после пребывания их в воде, которая была только в соприкосновении с медью, серебром, платиной и радием, меняется цвет кожи. Туберкулин на туберкулезных больных уже оказывает действие в разведении 10^{-16}. И в неорганическом мире можно привести массу таких примеров.

На основании всего этого Bier с успехом стал применять для фурункулеза микроскопические дозы Sulfur jodati. Sternberg и Sugar при Rhinitis Vasomotorica получали очень хорошие результаты от впрыскивания малых доз раствора иодистого натра и т. д.

Итак, на основании выводов Chatin'a, Eggenberger'a и др. можно сказать с определенностью, что поступление в организм малых доз иода играют роль в образовании зоба.

А раз это так, т. е., если иод действительно является необходимой частью секрета щитовидной железы или, иначе говоря, необходимым продуктом для всего организма, то при патологическом состоянии щитовидной железы мы должны найти изменения в иодном обмене. Veil установил, что летом количество иода в крови в нормальном организме стоит выше, чем в зимнее время. В норме летом в среднем 12,2 γ %, зимой 8,3 γ %. У зобатых по данным Veil летом иод стоит очень низко, но зимой зато остается на уровне нормального человека. У базедовиков количество иода всегда высокое—70 γ %. Колебание в норме между летним и зимним временем Veil видит в пониженной функции щитовидной железы зимой, что установлено Leo Adler для животных, впадающих в зимнюю спячку. Правда, он сам ставит вопрос, почему зобатые не подвержены этому колебанию и отвечает на это предположительно и очень осторожно, что у зобатых вегетативная нервная система более стойкая. При этом он доказывает, что вегетативная нервная система играет также большую роль в иодном обмене, как это бывает и при сахарном обмене, где не одна только поджелудочная железа регулирует его.

Что это так, он доказывает на сердечных больных, у которых мы имеем выпадение парасимпатической нервной системы.

У этих больных, несмотря на то, что щитовидная железа у них в норме, количество иода в крови доходит до 70γ%. При приеме же di-

gitalis количество иода возвращалось к норме. Digitalis же по его данным и данным других авторов, которых он приводит, действует тонизирующим образом на vagus. Интересны его опыты с атропином, пилокарпином, адреналином и холином. Атропин и адреналин действуют совершенно одинаково, вызывая гипериодимию, которая сопровождается гипергликемией и т. д. Пилокарпин, наоборот, вызывает гипоиодимию. Он дальше полагает, что точно так-же, как ионы кальция и водорода являются регулятором для симпатической и парасимпатической нервной системы, так и ионы иода, их концентрация играют ту же роль. Количество же иода в крови он считает своего рода манометром для щитовидной железы: иод нам точно дает представление о функции этой железы.

Maurer и Diez подошли к вопросу таким образом. Если действительно щитовидная железа является регулятором иода и если верна теория о недостаточности иода, то мы должны иметь изменения количества иода в крови не только в патологических случаях, но и тогда, когда щитовидная железа в определенных периодах должна гиперфункционировать. Увеличение щитовидной железы в первый день менструаций—факт, установленный M. Weidmann. Eggenberger показал то же самое на животных во время течки. Исследования дальше показали, что во время беременности у человека и животных в последней трети имеется гиперемия и гиперплязия щитовидной железы. Гистологические исследования показали полное тождество изменений в строении железы в этих случаях с теми, которые бывают при зобе.

Увеличение иода в крови у беременных появляется в начале 7-го месяца, когда по данным M. Lange и начинается увеличение щитовидной железы. В пупочном канатике кровь также несколько богаче иодом, в плаценте же она нормальна. В щитовидной железе плода последних месяцев беременности они уже могли найти большое количество иода, в то время, как в мышце сердца всего имелось 14γ. В молозиве в первый день родов имелось увеличение иода, которое постепенно с математической точностью падает и устанавливается на определенном уровне.

На основании всего этого лечение малыми дозами иода зоба получило широкое распространение.

Лечение начато было в Америке в 1917 году, а затем в Швейцарии в 1919 году. Marine в Америке в 1917 году провел лечение зоба у 100 девушек. Он им давал весной и осенью в течение 10 дней иодистого натрия по 0,2 в день и получил очень хорошие результаты: увеличенные щитовидные железы совершенно исчезли, у $^1/_3$ с ясно выраженным зобом, последний совершенно исчез или уменьшился в размере. Никаких вредных явлений от иода Marine не видел. Klinger в Швейцарии несколько изменил методику. Он дает один раз в неделю органическое соединение с содержанием иода в 0 03, а затем уменьшил дозу до 0,01. Большая часть зобов в его случаях вовсе исчезли, а у остальных стали значительно меньше.

Увлечение иодным лечением зоба в Швейцарии и Германии стало очень велико, стали даже проводить массовое лечение, для чего к 100 кл-гр. поваренной соли примешивается 0,5 гр. k. j. Все авторы приходят к выводу о хорошем влиянии иода на уменьшение щитовидной железы. И даже E. Bircher, который выступает резко против увлечения иодными препаратами, не отказывается от него вовсе.

Hans Lill в Вюрцбурге, проводивший лечение иодом зоба, приходит к следующим выводам:

У мальчиков в возрасте от

7—9 лет—37,7 проц. до лечения,		6,7 проц. после лечения			
10—12 „ —60,8	„	„	13	„	„
13—14 „ —66,7	„	„	34,1	„	„

У девочек в возрасте от

7—9 лет—43,9 проц. до лечения,		7,5 проц. после лечения			
10—12 „ —63,4	„	„	16,6	„	„
13—14 „ —84,6	„	„	53,1	„	„

Как видим, результаты лечения очень хорошие и это после 9 месяцев лечения, которых Lill считает недостаточными. Минимально лечение должно проводиться в течение 15 месяцев.

E. Bircher приводит данные последнего времени о результатах лечения иодом и приходит к весьма неутешительным результатам. Число Базедовичных зобов резко увеличилось, и если раньше соотношение обыкновенного зоба к базедовичному было, как 50:1, то теперь оно, как 4:3. Дальше он указывает, что если раньше на 150 операций зоба он имел 3-5 базедовиков или иодбазедовиков, то теперь это число увеличилось до 20-25, а у других авторов до 50%. В Швейцарии в настоящее время 3,500 базедовиков, раньше их было значительно меньше. Из них 1/3 по Bircher'у составляют так называемые иодбазедовики, которые в общем отличаются от чистых базедовиков. Совершенно идентичные во всех клинических явлениях с базед., они не дают Exophthalmus, Möbius и некоторых других симптомов. В отличие от базедовиков эти случаи всегда дают хорошие результаты от оперативного вмешательства. К этой 1000 иодбазедовиков Bircher прибавляет еще 1000, на которых иод так или иначе плохо повлиял. Тем не менее он не отказывается вовсе от дачи малых доз иода. Он считает эти случаи следствием неправильного, бесконтрольного, „дикого", как он выражается, лечения, которое в последнее время рекламируется везде и в печати и по радио. Schwenkenbecher, изучивший этот вопрос, приходит к выводу, что малые дачи иода с перерывами не могут отразиться в смысле иодифицирования щитовидной железы, т. к. непрерывная дача иода хотя бы в малых дозах равносильна большим приемам. Для того, чтобы избегнуть плохих последствий, он рекомендует: 1) дачу иода в возможно меньшей дозе, 2) иодные препараты давать с перерывом, 3) следует иметь за больными постоянный надзор.

Bircher советует еще к иоду прибавлять, как антидотум, хинин, кальций, фосфор. Кроме того, иода не применять у диабетиков, у лиц с расстройством нервной системы, у сердечных больных и т. д.

Перехожу к своему материалу. У меня лечилось 50 больных зобом, из которых 13 нужно отбросить из-за неаккуратности посещения и приема иода. Большая часть из оставшихся 37 человек лечилось в течение 9—12 месяцев. Материал этот в абсолютных числах не велик, главное его значение я усматриваю в том, что больные мною еженедельно осматривались:

Возраст	Общее количество лечившихся	Улучшение	%%
От 13—18 лет	16	10	62
„ 19—46 „	20	5	25

№№ по порядку.	Возраст в летах.	Сколько времени лечился.	Результаты лечения.	Нервные явления: До лечения. Затруднительность глотания.	Головные боли.	Сердцебиение и др.	После лечения. Затруднительность глотания.	Головные боли.	Сердцебиение и др.	Примечание.
1	15	1 г.	хороший	+	+	+	—	—	—	
2	15	3 м.	хороший	—	—	—	—	—	—	
3	15	9 м.	удовлет.	—	—	—	—	—	—	
4	46	1 г.	хороший	+	+	+	—	—	—	
5	15	9 м.	без измен.	—	+	+	—	+	+	
6	14	8 „	хороший	—	—	+	—	—	—	
7	28	6 „	без измен.	—	+	+	—	+	+	
8	16	9 „	без измен.	+	+	+	+	+	+	
9	15	9 „	не значит.							
10	13	9 „	хороший	—	+	+	—	—	—	
11	18	10 „	хороший	—	+	—	—	—	—	
12	14	10 „	без измен.	—	—	—	—	—	—	
13	16	1 г.	удовлет.	—	+	+	—	—	—	
14	29	6 м.	без измен.	—	—	+	—	—	+	
15	30	6 „	без измен.	—	+	+	—	+	+	ухудшение
16	17	6 „	хороший	—	+	+	—	—	—	
17	24	5 „	без измен.	—	+	+	—	+	+	
18	20	5 „	„	—	+	+	—	+	+	
19	20	5 „	„	—	+	+	—	+	+	
20	17	5 „	„	—	—	—	—	—	—	
21	18	4 „	„	—	+	+	—	+	+	ухудшение всех симптомов
22	27	3 „	хороший	+	+	+	—	—	—	
23	17	6 „	удовлет.	—	—	—	—	—	—	
24	23	3 „	удовлет.	—	—	+	—	—	—	
25	19	6 „	без измен.	—	+	+	∓	∓	∓	
26	20	3 „	хороший	—	+	+	—	—	—	
27	24	2 „	без измен.	—	+	+	—	+	+	
28	25	3 „	„	—	+	+	—	+	+	
29	34		„	—	—	—	—	—	—	
30	23	3 „	хороший	—	—	—	—	—	—	graviditas
31	22		без измен.	—	+	+	—	+	+	
32	26		„							лечилась мало
33	14		„							„ „
34	17		„							„ „
35	26	2 „	„	—	+	+	—	+	+	graviditas
36	13	2 „	„	—	—	+	—	—	+	
37	5	6 „	хороший							Зоб совершенно исчез.

и прием иода все время контролировался, шея же каждый раз измерялась. Таким образом, я имел возможность следить все время за изменением не только зоба, но и общего состояния больного. В первую неделю больные получали раствор иодистого калия из 0,5—20,0, начиная от 1 капли в день и ежедневно увеличивая эту дозу на 1 каплю, доходя постепенно до 7 капель и больше, чтобы проверить чувствительность каждого больного к иоду. В дальнейшем они получали по 1—2 капли в неделю.

При этом нужно отметить, что полного излечения зоба я ни разу не получил, и там, где в таблице результат отмечен, как „хороший", мы имели значительное уменьшение зоба, но не полное его исчезновение. Исключение составляет случай 37-ой, где зоб совершенно исчез. У взрослых зоб хуже поддается лечению, чем у детей и там, где лечение оказывало действие, зоб был недавнего происхождения.

Нужно отметить случай № 4, где мы имели резкие расстройства сердечной деятельности, головные боли, одышку, затруднительность дыхания, зоб был большой и замечен недавно. Лечилась больная в течение последнего времени у многих врачей от разных неврозов. Эффект от иода был очень хороший. Зоб почти исчез, все нервные явления прошли, больная стала трудоспособной. В двух же случаях получилось ухудшение,—чувствительность к иоду у них была повышена.

У детей влияние иода на уменьшение щитовидной железы и других симптомов гораздо резче, чем у взрослых. Но и здесь, если изменения железы очень велики (случаи 8 и 9) иод никакого действия не оказывает. При этом нужно отметить, что действие иода не зависит от величины зоба, а только от анатомических изменений, которые наступают, если зоб существовал долгое время. Случаи 1 и 2 явились с очень большими зобами, которые у них быстро развились; и в первом случае зоб вызывал резкие расстройства, и больной хотел оперироваться. Я им предложил попробовать лечение иодом. Эффект получился очень хороший. В обоих случаях осталось незначительное увеличение щитовидной железы. Все явления прошли.

Иод, как у взрослых, так у детей действует только тогда, когда еще нет стойких анатомических изменений, т. е. когда зоб компенсаторно увеличивается в ответ на недостаток иода и не успел еще переродиться. Этим нужно об'яснить, почему взрослые хуже поддаются лечению. Щитовидная железа компенсаторно увеличивается, как указано выше, в периоде роста и перестройки всего организма, когда требуется больше иода для секрета железы.

У взрослых зоб большей частью давнего происхождения и, следовательно, изменения в нем уже значительны. В тех же случаях, когда зоб свежего происхождения, он и у взрослых поддается лечению, как у детей. Случай 37 у девочки 5 лет, где зоб совершенно исчез, подтверждает это, т. к. у нее он еще не мог принять стойких изменений. (Мать только недавно у нее заметила зоб). Разные результаты, получаемые авторами от иода, вероятно зависят от разной степени изменений щитовидной железы у детей, которых они лечили. У многих, на основании всего сказанного, должны получиться отрицательные результаты.

Что же касается нервных явлений, сопутствовавших зоб, как головные боли, сердцебиение, одышка и др., то они исчезали гораздо скорее, чем зоб. Может быть это об'ясняется незначительными анатомическими изменениями в щитовидной железе от иода, возможно также влияние психологического момента, так как больные с большим доверием относились к гомеопатическим дозам иода, о „чудодейственном" влиянии которого они были осведомлены.

Выводы

1. Малые дозы иода оказывают хорошее действие не только на уменьшение зоба, но и на общее состояние больного.
2. На зоб у детей иод оказывает лучшее действие, чем увзрослых.
3. Если имеются стойкие анатомические изменения в зобе, он лечению не поддается.
4. Ввиду возможности вредного влияния иода в случае его неправильного приема, лечение должно вестись под надзором врача.
5. Раньше чем оперировать зоб, он должен быть подвергнут предварительному лечению.

Elephanthiasis vulvae

(Из госпитальной хирургической клиники БГУ—заведыв. профессор М. П. Соколовский).

Д-р М. А. Хургин

Слоновость отдельных частей тела в жарких странах встречается эндемически, в нашем же климате представляет явление спорадическое—Elephanthiasis nostras.

Вопрос о слоновости, прекрасно изученный в патолого-гистологическом отношении, со стороны этиологии до сих пор представляет большие неясности,—в „довольно грустном состоянии", по словам Оппеля, находится в лечении этой болезни. Поэтому не лишен интереса каждый случай, бросающий свет на этиологию слоновости вообще и Elephanthiasis vulvae в частности, как более редко встречающейся.

Важность моментов чисто механического характера в слоновости очевидна и о них говорить мало приходится. Развитие слоновости большей частью на ногах и наружных половых органах, т. е. местах, где кровяное давление больше и имеются затруднения для оттока лимфы, служит явным тому доказательством. Об этом же говорят опухоли в малом тазу, кольцевидные рубцы на ногах, опухоли паховых желез и все другие моменты, создающие плохие условия для отхождения лимфы. На груди же, где сеть лимфатических сосудов более развита, мы слоновости не встречаем.

В Elephanthiasis congenita s. mollis причиной является врожденное расстройство лимфатической системы с присоединяющимся потом фиброматозом кожи. Описан случай Letissieu, где дед, отец, его брат, сестра и дочь страдали слоновой болезнью на левой голени.

При экзематозных формах представляется затруднительным решение вопроса о том, что является первопричиной—механические или воспалительные явления, так как стаз вызывает отечность кожи и наклонность к экземам; последние, наоборот, легко могут вызвать воспалительные явления.

Все же надо сказать, что в развитии слоновости, особенно наружных половых органов, главную роль играет инфекция. По Moncovo мы ее имеем даже при врожденной слоновости, где к расстройству циркуляции лимфы присоединяется перешедший в кровь плода стрептококк. Fehleiseu'a. Monson считает не решенным вопрос об исключительной роли filaria Sanguinis Bancrojti в Elephanthiasis filariosa, так как filaria появляется в крови только ночью, а днем исчезает. Участие воспалительных явлений микробного характера, кроме filaria Sanguinis, считается весьма вероятным.

В развитии Elephanthiasis nostras вторичная инфекция без сомнения имеет огромное значение. Что же касается первичной инфекции, то она более ясна в вопросе о слоновости vulvae: входных ворот для проникновения микробов ввиде эрозий, трещин, язвочек здесь всегда в достаточном количестве; предшествующими и способствующими моментами являются расчесы, мастурбация, coitus, регулы, роды и т. д.

1. Epstein и Marovetz описали сифилитическую (венерическую) форму слоновости vulvae, где антилюэтическим лечением достигли уменьшения опухоли.

2. Случай туберкулезной формы элефантиазиса описали Dujarier и Laroche, об этой же форме слоновости говорят Langeau, Lagrange, Benda, Brachet и др., имеется случай слоновости мошонки туберкулезного характера из нашей клиники (Иргер).

3. Bochart экспериментально доказал связь между слоновостью и рожистой инфекцией.

4. Наконец, стрептостафилококковая инфекция (Sabouraud)—при проникновении этих микробов через трещины и язвочки на половых органах. К нам явились со слоновостью vulvae 2-е больных:

1. С. М.—крестьянка 24 лет, девица, поступила в хирургическую клинику 8 февраля—27 г. с жалобой на периодические боли и зуд в области наружных половых органов. Болезнь началась пять лет тому назад появлением нескольких маленьких абсцессов на правой ноге, потом в области vulvae. Нарывы то появлялись, то исчезали, лопаясь и выделяя гноевидную жидкость. Соответственно этому большие срамные губы резко припухали и становились болезненными, затем воспалительные явления затихали. В таковом состоянии периодических воспалений и опуханий vulvae больная находилась 4 года. Последний год эти гнойнички становились меньшими и менее болезненными, время от времени (1—2 нед.) губы припухают и из них вытекает беловатая жидкость. Размеры губ стали меньше.

В детстве на шее были воспалительные опухоли (лимфаденит), самостоятельно вскрывшиеся и зажившие потом, оставив после себя подвижные рубцы. Мастурбацию больная отрицает. За медицинской помощью мало обращалась; стеснялась. Менструирует с 15 летнего возраста через 4 недели по 3 дня.

St. praesens. Резкая гипертрофия больших срамных губ, распространяющаяся на всю поверхность vulvae, правая губа 9 см. длины 3,5 см. толщины, левая губа имеет 8 см. в длину и 2,5 см. в толщину. Поверхность губ имеет бугристую, кондиломатозную форму, консистенция их довольно плотная, особенно книзу, цвет буроватый, с бронзовым оттенком. Левая малая губа сильно растянута, выделяется наружу и свисает ввиде полипа, сидящего на широкой ножке. Кожа vulvae сухая, запах неприятный, паховые железы не увеличены, промежность не отечна, Волосистость на лобке отсутствует.

Реакция Pirquet—положительная. Wass. и Мейнике—отрицательная. Патолого-гистологическое исследование кусочка ткани, взятого из гипертрофированных губ, дало следующее: со стороны эпидермы отмечается местами истончение, местами же Rete Malpigii в значительной мере вдается вглубь ввиде больших, анастомозирующих между собой отростков. В соединительнотканном слое кожи имеется круглоклеточная инфильтрация, гигантских клеток не обнаружено. Сосуды расширены, стенки их утолщены. Со стороны внутренних органов уклонений от нормы не обнаружено, t^0—не повышена, моча—норма.

2. А. С. 30 лет—еврейка, занимается домашним хозяйством, обратилась в поликлинику за помощью 5/IV-27 г. Больна 9 лет, появились гнойнички на теле, а потом и на наружных половых органах (б. губах). Гнойнички то появлялись, то исчезали, к менструальному периоду состояние ухудшалось, губы припухали и становились болезненными. Чаще всего нарывы рассасывались, иногда вскрывались самостоятельно. Боли бывали незначительные, но больную мучил постоянно зуд вследствие экзематозного состояния в области vulvae. Больная лечилась у специалистов по кожным болезням, применяла различные мази, но без пользы. Замужем 8 лет, родила 2-х здоровых детей, был выкидыш $1^1/_2$ месяца при первой беременности и родился доношенный, мертвый плод (последняя беременность).

St. praesens. Резкая гипертрофия обеих больших срамных губ, размеры 8,5 см. длины и около 3,0 см. толщины, консистенция их мягкая, имеется один большой и несколько меньших гнойничков на правой губе (при вскрытии вышел густоватый гной). Опрелость паховых областей, железы прощупываются, безболезнены (во время более бурных воспалительных явлений, особенно в менструальных периодах, железы увеличены и болезнены). Ночью опрелые места становятся влажными. Обильные желтовато-зеленые, тягучие бели. При внутреннем исследовании: матка увеличена, правый яичник увеличен и болезнен.

Уклонений со стороны внутренних органов не отмечается, больная не лихорадит, моча—N. Реакция Pirquet—положительная, Wass и Мейнике—отрицательная.

При исследовании гноя получили стафилококк; от биопсии больная отказалась.

В обоих наших случаях Wass и Мейнике отрицательны. Положительная реакция Pirquet, рубцы на шее наводят на мысль о туберкулезном лимфадените в первом случае, но патолого-гистологическая картина ткани с отсутствием характерных для туберкулезного процесса гигантских клеток определенно исключает Т. В. С. форму слоновости vulvae. Во 2 случае, хотя не было сделано биопсии, но исследование гноя (стафилококк), характер периодических воспалительных явлений с образованием болезненных гнойничков с самого начали болезни, а также мягкая консистенция говорят против ТВС.

Оба случая слоновости vulvae очевидно развились вследствие стрепто-стафилококковой инфекции. Характерной клинической картине слоновости б. срамных губ на почве хронических, периодически повторяющихся эризипелоидных процессов на коже соответствует патолого-анатомическая картина круглоклеточной инфильтрации в соединительнотканном слое, истончение эпидермы в одних местах и глубокие впячивания Мальпигиева слоя в других местах, а также расширение сосудов и утолщение их стенок.

Что касается лечения, то мы можем посоветовать лишь меры профилактического характера (гигиена) и систематическое лечение часто повторяющихся воспалительных явлений. Применяющийся оперативный метод иссечения ткани при слоновости vulvae, достигающей огромных размеров, в наших случаях не был показан; мы иссекли только свисающую малую губу.

ЛИТЕРАТУРА

Friedrich Luithlen. Elephanthias'is. Handbuch der Hautkrankheiten. Franz Mracek.

Hudelo et *Rabut.* *Les* élèphanthiasis de la vulve. La Presse mèdical № 9—1927 г.

Opitz u Menge. Руководство по гинекологии 1914 г.

Пригара. Слоновая проказа наружных половых органов женщины. Диссертация 1898 г.

Sokolowski. Die Lymphangioplastik als Behandllungs methode bei Elephanthiasis der Unterextremitäten. Zentralblaft für Chirurgie. № 46—1925.

Иргер. К вопросу о слоновости на почве туберкулеза. Белорус. Мед. Мысль № 2-3 1924 г.

Фишман. К оперативному лечению слоновой болезни нижней конечности

Вестник хирургии и пограничных областей. Кн. 13—1925 г.

К эпидемиологии брюшного тифа в Минском округе[1])

(Контактная эпидемия в Пуховичском районе в 1927 г.)

(Из Белорусского микробиологического института, директор— проф. Б. Я. Эльберт и санитарной части минского окружного здравотдела, заведующий здравотделом д-р И. М. Нисенбаум)

Я. А. Раховский и В. Б. Шушкевич

Наблюдавшееся за последнее время усиление брюшно-тифозных заболеваний в западной Европе, в частности в Германии, крупные эпидемии брюшного тифа в гор. Anklam'е в 1925 году, в Torgelov'е и Hannover'е в 1926 г., в г. Ростове в том же году привлекли внимание крупных ученых бактериологов и эпидемиологов.

Изучение брюшно-тифозных эпидемий и современных эпидемических вспышек, причин их возникновения и распространения, снова вызвало оживленный обмен мнений на страницах медицинской печати. Снова возродился, казалось уже давно забытый и ликвидированный, старый спор между школой Pettenkof'еra и ее противниками. Ученик Pettenkofer'а и горячий защитник локалистических теорий в эпидемиологии Wolter и его соратник Versman пытались трактовать и последнюю ганноверскую эпидемию, как результат климатических и почвенных условий последнего времени.

Как известно, роль почвы, по воззрениям школы Pettenkofer'а, в распространении инфекции заключается в ее благоприятном действии на рост и развитие микробов. Возбудитель инфекции—„миазма" должен сначала попасть в почву и некоторое время в ней созревать прежде, чем он способен стать причиной эпидемии.

Но не всякая почва является такой элективной средой для микроба. Наиболее подходящая для размножения и созревания микробов—порозная, загрязненная органическими веществами, с низким стоянием почвенных вод, облегчающим доступ миазме. Глинистая почва, высокое стояние вод, являются факторами, задерживающими развитие микроорганизмов. Поэтому, по теории Pettenkofer'а, эпидемии могут развиваться, во-первых, только в определенных местностях, где почва способствует развитию микробов и, во-вторых, при соответствующих климатических условиях, предопределяющих развитие эпидемий.

Несомненно, что в нашу эпоху экспериментальной эпидемиологии и сильного развития бактериологии, когда можно опытным путем вызвать эпидемии у животных, совершенно исключив какую-либо роль почвы, теория Pettenkofer'а не может найти признания. Роль

---

[1]) Заслушано на научной конференции Белорусского Микробиологического Ин—та в ноябре 1927 г.

почвы и климата, как это правильно указано О. Г. Биргером, сводится лишь к функциям третьего эпидемиологического фактора. Наряду с возбудителем и человеческим организмом, окружающая природа, „условия данного места и времени“ определенно влияют на развитие эпидемий, но, конечно, о преобладающей роли этих условий говорить не приходится.

Вот почему и экспертная комиссия, назначенная в Германии для выяснения источника ганноверской эпидемии, отвергла точку зрения Wolter'а и Versman'а о зависимости этой эпидемии от особых климатических условий 1926 года.

Straub считает пропаганду таких идей вредной, ибо, если признать, что эпидемия является лишь в результате воздействия стихии, тогда следует отказаться от всякой попытки активной борьбы с ними.

Весьма поучительными для современного изучения брюшно-тифозных эпидемий являются упомянутые ростовская и ганноверская эпидемии. Обе эпидемии по своему течению и характеру представляют много общего. Источником инфекции в Ганновере и в Ростове служила питьевая вода, зараженная брюшно-тифозными бациллами. В Ростове заражение произошло благодаря прорыву сточных вод из канализационной сети клинического городка в городской водопровод и являлось вполне очевидными. В Ганновере предполагался занос инфекции в Риклингенский водопровод из загрязненной сточными водами реки Лейне. Характерным для обоих эпидемий является огромное число желудочно-кишечных заболеваний, наблюдавшихся в начале эпидемии. В Ростове оно достигало 40.000 человек, в Ганновере—30.000. Между тем число тифозных заболеваний равнялось нескольким тысячам: в Ганновере 2,500 больных, из коих 200 умерло. В Ростове 2.000 больных, из коих 131 умерло. В питьевой воде водопроводов обоих городов не было найдено тифозных бацилл. Правда в Ростове из водопроводной воды выделялись культуры, дававшие агглютинацию высокого титра с тифозными и паратифозными иммун-сыворотками. Но по данным профессора Барыкина, тщательно изучившего биологические и серологические свойства этих культур, последние оказались паракишечными микробами (b. paracoli). Профессор Златогоров относит часть этих культур к паратифозной группе.

Обращает внимание наличие большого числа комбинированных заболеваний, смешанного тифозно-паратифозного характера в Ростовской эпидемии.

Так из 1.199 госпитализированных в Ростове больных было: брюшной тиф—732, паратиф *А* — 66, паратиф *В* — 98, брюшной тиф + паратиф *А* — 109, брюшной тиф + паратиф *В* — 110, брюшной тиф + паратиф *В* + паратиф *А* — 77, паратифы *А* и *В* — 7.

В Белорусской республике, стране с наибольшим развитием брюшного тифа в Союзе, брюшно-тифозные эпидемии не носят однако водного характера. Здесь, мы видим рассеивание инфекции среди значительного числа городов, сел и местечек. В отличие от острой вспышки водных эпидемий, течение брюшного тифа у нас медленное, хроническое. Он поражает отдельные места и местности, закрепляется там и затем двигается дальше, распространяясь почти исключительно по контакту. Подобное рассеивание тифозных заболеваний вызывает не меньшую тревогу, чем крупные эпидемии в больших городах. С точки зрения опасности для общественного благополучия и здоровья населения, по мнению профессора Straub'а, единственное заболевание в маленьком селе имеет такое же значение, как 2.000 заболеваний в большом городе, напр. Hannover'е. Важен самый факт заражения селения, независимо от того, куда попал микроб: в центральный ли источник водоснабжения, в молоко центральной молочной фермы или передается по контакту. Хроническое, эндемическое течение заболеваний, передаваемых по контакту, представляется в этом смысле гораздо серьезнее острых вспышек, ибо оно свидетельствует о глубоких и серьезных дефектах в гигиенической обстановке и условиях данного селения.

* * *

Описываемая ниже эпидемия брюшного тифа в Пуховичском районе является по нашему мнению классическим образцом контактной эпидемии в условиях белорусского села. Мы уже выше отметили большое распространение брюшного тифа в Белоруссии. Для иллюстрации приведем следующую сравнительную таблицу тифозных заболеваний у нас и в западно-европейских странах (Добрейцер, Гигиена и Эпидемиология № 11 за 1926 г.).

Заболеваемость брюшным тифом

ГОСУДАРСТВА	Абсол. число		Среднее на 10.000 жит.	
	1924 г.	1925 г.	1924 г.	1925 г.
Белоруссия	4.674	5.893	15,9	14,0
Украина	37.330	34.128	14,3	12,3
РСФСР	115.754	118.648	12,0	12,2
Эстония	1.106	1.054	9,9	9,5
Япония	58.354	45.765	9,8	7,9
Польша	16.288	14.025	6,1	5,2
С.-А. С. Ш.	33.446	46.032	2,9	4,4
Австрия	2.093	2.592	3,2	3,9
Германия	14.221	12.476	2,3	2,0
Франция	6 493	6.787	1,6	1.7
Дания	482	343	1,5	1,0
Англия	14.221	12.476	1,1	0.8

Из этой таблицы видно, что по относительному числу брюшнотифозных заболеваний Белоруссии принадлежит первое место в СССР и во всей западной Европе.

Из округов Белоруссии наиболее поражены могилевский, оршанский и минский.

Пуховичский район минского округа, наряду с койдановским и смиловичским районами представляют собой старый эндемический очаг брюшного тифа.

В деревне Сетчи, принадлежащей к этому району и насчитывающей около 100 дворов, было зарегистрировано в 1925 году свыше 70 заболеваний брюшным тифом, из них 27 кончились смертью. Поступившие в октябре 1927 года сведения о появлении десятка брюшнотифозных заболеваний в окрестностях этой деревни привлекли особое внимание минской окружной инспектуры здравоохранения, в результате чего было предпринято обследование указанной местности.

Всего было обследовано 3 деревни—Новоселки, Люцы и Сетчи, расположенные в 2, 12 и 19 верстах к северо-западу от железнодорожной станции Пуховичи Зап. жел. дорог. (Смотри карту района).

В самом начале обследования выяснилось, что эпидемия носила гнёздный характер, захватывая отдельные дома, поражая почти все население дома и затем перебрасываясь уже в следующий соседний дом. Поэтому мы сосредоточили наше внимание почти исключительно на изучении населения и обстановки этих домов.

Деревня Новоселки представляет собой селение, расположенное по обоим сторонам длинной, загнутой под тупым углом улицы, с двумя рядами домов. В части, прилежащей к реке Цитовке, дома расположены по одной стороне улицы.

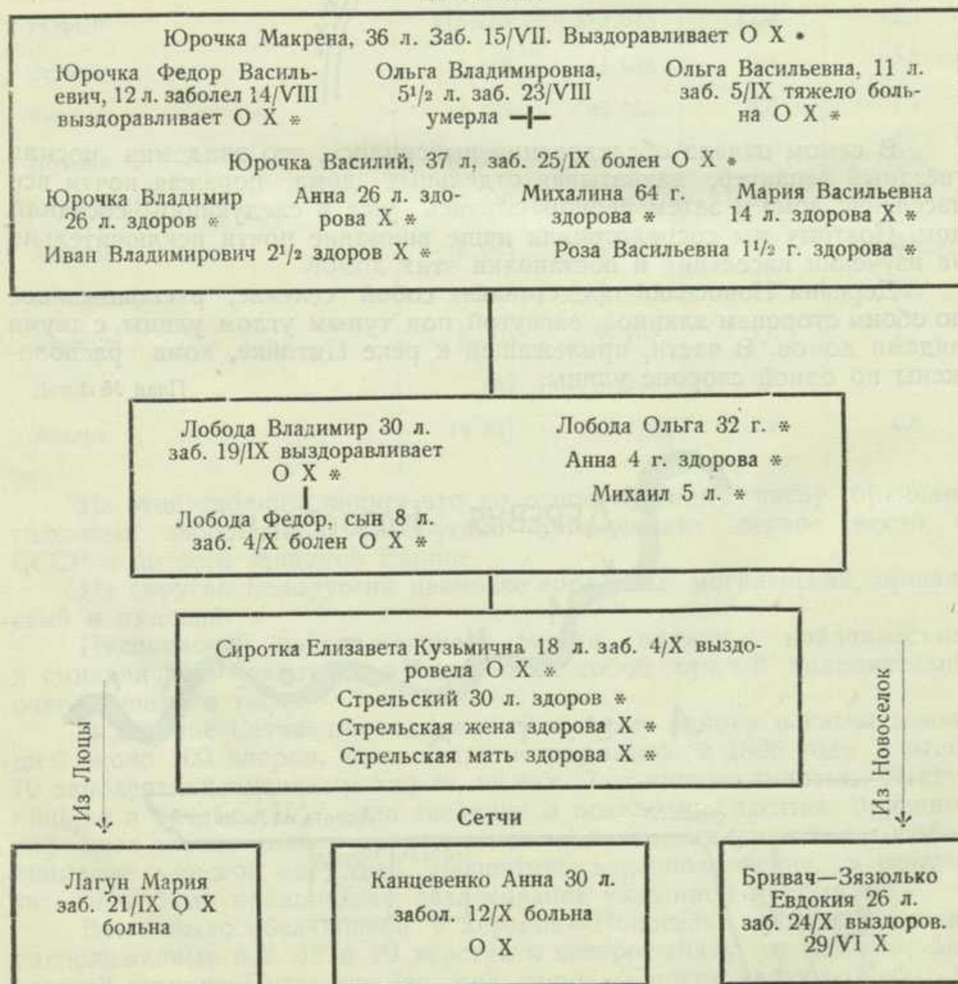
План № 1

На самом краю села, по дороге, ведущей из деревни Люцы на станцию Пуховичи, расположен дом крестьянина Юрочки Василия (смотри план № 1). В Пуховичской амбулатории был зарегистрирован один тифозный больной из семьи Юрочки, почему мы и направились в этот дом. В момент обследования в доме лежало четверо больных: Юрочка Василий, его жена Юрочка Макрена, его сын Феодор 12 лет и дочь Ольга 11 лет. В доме проживали семьи двух братьев Василия и Владимира и заболевания наблюдались также среди членов обоих семейств. Первой заболела Юрочка Макрена, а затем, вследствие заражения по контакту, заболевают остальные члены семьи. Одна из больных, дочь Владимира Юрочки—Ольга Владимировна умерла.

На прилагаемой ниже схеме изображены хронологическое течение инфекции, порядок передачи заболеваний и характер произведенного исследования.

Знаком О обозначена постановка реакции Видаля, знаком X—посев крови в желчь, знаком * —посев кала. Результаты исследования даны ниже в сводной таблице для всех обследованных деревень.

Схема движения брюшного тифа в деревнях Новоселки и Сетчи



Клинически заболевания протекали, как типичный брюшной тиф, и диагноз не вызывал сомнения ни у нас, ни у лечащих врачей и фельдшеров Пуховичской амбулатории, к которым обращались больные. Последовательное возникновение заболеваний в одном и том же доме с промежутками от 3-х недель до месяца говорило о непосредственном заражении больных один от другого.

При обследовании соседнего дома в этой же деревне (2), принадлежавшего крестьянину Лободе Владимиру, нами было зарегистрировано двое больных: Лобода Владимир 30 лет и Лобода Федор 8 лет (его сын). Постоянный контакт, в котором находилось семейство Лободы со своими соседями—семьей Юрочки, при посещении последних вызвал перенос тифозной инфекции в дом Лободы. Заболевает Лобода Владимир. Через 3 недели заболел его старший сын Феодор.

Почти одновременно с ними в другом конце села в доме Стрельских (№ 3) заболевает живущая в их доме Елизавета Сиротка. Однако установить какую-либо зависимость между болезнью последней и предыдущими заболеваниями нам не удалось. Как Сиротка, так и ее хозяева Стрельские не находились с зарегистрированными нами больными ни в родственных, ни в каких-либо других отношениях и не посещали их домов. Как видно из схемы № 1, нами было произведено исследование faeces и крови по Видалю всех живущих в трех пораженных домах этой деревни. У больных был сделан посев крови в желчь.

Деревня Люцы состоит из 27 дворов, расположенных по двум сторонам главной улицы и отходящих от нее двух боковых (смотри план № 2).

План № 2

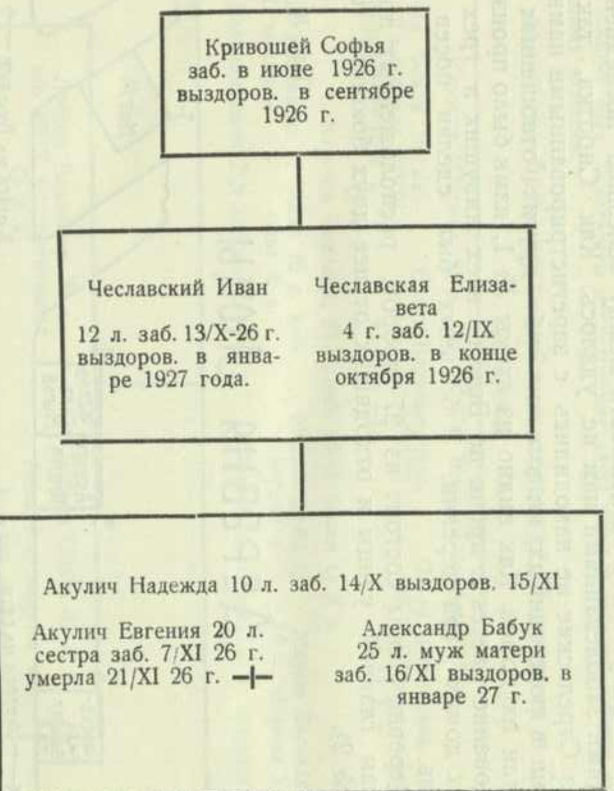
Детальное обследование, предпринятое в этой небольшой деревушке, позволило нам проследить за движением тифозной инфекции вплоть до июня 1926 года и представить его в следующей схеме (схема № 2).

Как видно из этой схемы заболевания начались в доме Дыдик Палладии у ее дочери Софьи Кривошей, заболевшей в деревне Сетчах и переехавшей больной в дом ее матери. По выздоровлении Софья Кривошей, работавшая батрачкой в семье Чеславских и оставшаяся, повидимому, бацилло-носительницей, перенесла к ним инфекцию. Заболевают девочка Чеславской—Елизавета 4 лет, затем мальчик Иван 12 лет; далее заболевают их соседи Акуличи, Акулич Евгения умирает.

Через 4 месяца брюшной тиф появляется в доме Яна Кривошей. Кривошей живет на другой стороне улицы, как раз против дома Акуличей и семья его находится в постоянном контакте с последними

№ 2

Схема движения брюшного тифа в дер. „Люцы"



Семья Кривошея

Кривошей-Савка 14 л. заб. 26/III 27 г. выздор. в начале мая

Христина заб. 19/III 27 г. 56 г. выздоров. в конце апреля

Иван 23 г. сын заб. 11/V выздор. 17/VI 27 г.

Агафья 17 лет дочь заб. 11/V выздор. 25/VI

Надежда 9 лет дочь заб. 21/V выздор. 7/VI

Ануфрий 25 лет сын заб. 24/V вызд. в августе х✻

Димитрий 28 лет сын заб. 2/VII выздоров. в августе

Ольга (Чеславская) невестка 23 г. заб. 24/VII выздор. 16/VIII

Чеславская Ирина 48 л заб. 1/VIII умерла 21/VIII—┼—

Чеславский Иосиф муж. 50 л. заб. 12/IX выздор. х✻

Чеславская Мария 46 л. заб. 12/IX больна х✻

Чеславская Ева 19 л. дочь заб. 21/IX больна ох✻

Чеславский Викентий 53 г. здоров х✻

Чеславская Софья 20 л. дочь здорова ✻

Мотус Анастасия 40 л. заб. 20/VIII умерла 15/IX —┼—

Тимофей сын 22 г. заб. 23/IX тяж. болен ох✻

Анна Вл. заб. 16/IX выздоров. х✻

Владимир 5 л. сын заб. 28/IX выздор. х✻

Зинаида 3. г. заб. 5/X легко больна✻

Иван 14 л. заб. 8/X болен х✻

Мотус Николай здоров 54 г, х✻
Семен 25 л. здоров х✻
Афанасий 19 л. здоров х✻
Вера 10 л. здорова ✻

Шикунец Ефросинья 28 л. заб. 15/IX выздоравливает ✻

Шикунец Софья 6 л. заб. 14/X выздоравливает ✻

В доме Кривошея тиф поражает решительно всех членов многочисленной семьи. При обследовании мы обратили внимание на особенно тяжелые жилищные и гигиенические условия этого дома. Одна, очень низкая, с земляным полом комната; единственная постель и полати—спальное ложе для 9 человек; необычайная грязь. Разумеется и в остальных домах обследованной нами деревни, вся обстановка и быт не соответствовали даже элементарным гигиеническим требованиям, однако дом Кривошея выделялся среди остальных своей убогостью и грязью. Повидимому, это отразилось на числе заболевших.

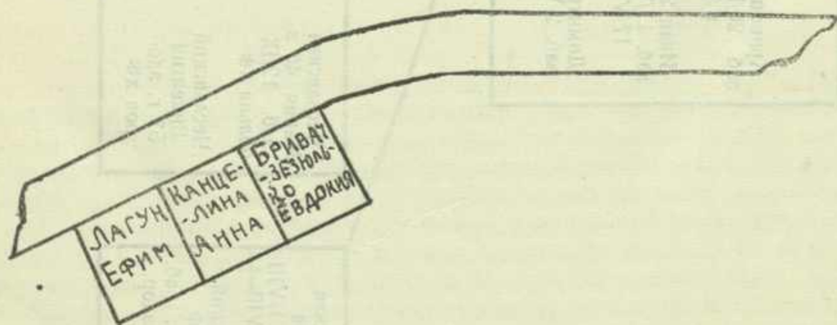
Из дома Кривошея инфекция переходит в 4 новых дома и создает новых 4 очага. Прежде всего заболевает соседка Кривошея Чеславская Ирина (5) и ее муж Чеславский Иосиф. Чеславская Ирина умирает. Затем тиф появляется в семье Чеславского Викентия (6), на дочери которого женат один из сыновей Кривошея Ануфрий. Далее заболевают Мотусы, тесно связанные с семьей Чеславских и Кривошея. Сын их, Мотус Тимофей, женат на второй дочери Чеславских. 4-ый дом Шикунцов это дом музыкантов—место сборища для всей деревенской молодежи, осебенно часто посещаемый молодыми Кривошеями. В каждом из этих домов тифом заражается большая часть населения. В доме Чеславского Иосифа заболевает его приемная дочь Мария Лагун, родители которой живут в Сетчах. Заболевшая Лагун переезжает в свой родной дом и переносит инфекцию в соседнюю деревню Сетчи.

Мы видим, таким образом, как из одного пораженного дома появляются новые очаги не только в том же селении, но и заражаются новые деревни. В домах (4, 5, 6, 7, 8) нами взят материал для исследования у больных и окружающих их здоровых.

Деревня Сетчи представляет собой большое село в 110—120 дворов, вытянувшееся двумя узкими лентами бревенчатых изб, окаймляющих единственную улицу. (Смотри план № 3).

План № 3

ДЕРЕВНЯ СЕТЧИ.



В этой деревне происходило, повидимому, лишь начало развития тифозной эпидемии, ибо нами отмечено лишь 3 случая брюшного тифа (смотри схему № 1). Первый—у упомянутой Марии Лагун, приехавшей

из деревни Люцы, второй—у больной Канцелины Анны, источник заражения которой нам не удалось выяснить и третий—у крестьянки Бривач-Зязюлько, жившей в деревне Новоселках и часто общавшейся с указанной выше семьей Юрочки. Все 3 дома расположены рядом. Материал для исследования взят здесь у этих двух больных и одной перенесшей брюшной тиф. На следующей таблице мы приводим результаты исследования взятого у больных материала.

Результаты реакции Видаля

№№ по порядку	Фамилия и имя	t. abd.	parat. A	parat. B	
1	Юрочка Василий . . .	1: 200	1: 200	—	болен
2	Юрочка Макрена . . .	1:1000	1: 500 и дальше	--	выздоравливает
3	Юрочка Федор . . .	1:1000	1: 200	—	выздоравливает
4	Юрочка Ольга . . .	1: 200	—	—	больна
5	Юрочка Иван Владимирович.	1: 50	—	—	здоров, не болел
6	Юрочка Мария . . .	—	—	—	здорова, не болела
7	Лобода Владимир . .	1: 400	1: 50	—	болен
8	Лобода Федор . . .	1: 200	1: 100	—	„
9	Сиротка Елизавета . .	1:1000	1:1000	—	больна
10	Стрельский	—	—	—	здоров, не болел
11	Стрельская (жена). . .	—	—	—	„ „ „
12	Стрельская (мать). . .	—	—	—	„ „ „
13	Кривошей Ануфрий . .	1: 400	1: 50	—	выздоровел
14	Чеславский Иосиф . .	1: 200	1: 200	—	выздоравлливает
15	Чеславская Ева . . .	1:1000	1:1000	—	„
16	Чеславская Мария. . .	1:1000	1:1000	—	„
17	Чеславский Викентий . .	—	—	—	здоров, не болел
18	Мотус Тимофей . . .	1:1000	1: 50	—	болен. Выделена культура
19	„ Анна	1: 400	1: 400	—	выздоравливает
20	„ Владимир . . .	1:1000	1: 200	—	„
21	„ Иван	1:1000	1:1000	—	болен
22	„ Семен	—	—	—	здоров, не болел
23	„ Николай . . .	—	—	—	„ „ „
24	„ Афанасий . . .	—	—	—	„ „ „
25	Лагун Мария . . .	1:1000	1: 200	—	больна
26	Канцелина Анна . . .	1: 400	1: 200	—	„
27	Бривач-Зязюля Евдокия .	—	—	—	здорова болела 2 мес. назад.

Как видно из этой таблицы, из 27 проб по Видалю 17 дали резко положительный результат с культурой t. abdom. в разведении до 1 : 1000. Положительный результат получен у всех больных, а также выздоровевших от брюшного тифа. Обращает внимание факт одновременной агглютинации сывороткой больных культуры паратифа А, часто достигавшей одинакового титра с культурой брюшного тифа. Выяснить при помощи реакции Castellani, была ли в этих случаях смешанная инфекция или групповая агглютинация паратифа А, нам не удалось. После насыщения сыворотки больных, как культурой паратифа А, так и культурой брюшного тифа, новой агглютинации ни с одной из этих культур не получалось.

Явление одновременной агглютинации нескольких культур часто наблюдалось во время ростовской эпидемии, где было отмечено значительное число случаев двойной и тройной инфекции.

Однако у целого ряда больных с диагнозом брюшной тиф, у которых была выделена из крови и кала исключительно культура

t. abdominalis, сыворотка давала агглютинацию с паратифом А в гораздо большем разведении, чем с культурой t. abdominalis. Удовлетворительного об'яснения подобному явлению, очевидно, найти нельзя.

Бактериологическое исследование кала и крови было произведено в бактериологическом отделе нашего института доктором Сутиным. Из 34 проб кала и 10 посевов крови были выделены 4 культуры: одна из крови и 3 из кала. По своим биологическим свойствам все эти культуры были отнесены к палочке брюшного тифа (см. таблицу)

Биологические свойства культур.

Фамилия больного	Откуда выделена	Подвижность	Окраска по Граму	Молоко	Разжижение желатины	Сахарный агар	Среда Petruschky	Среды Hiss'a: Глюкоза	Лактоза	Маннит	Сахароза	Индол	Агглютинация со специфич. тифозн. сывороткой	Агглютинация после 3-х недельной перевивки
Юрочка . . .	из крови	++	—	не свертывается	—	—	не изменяется	к	—	к	—	—	1.200 +++	1:2000 +++
Мотус Тимофей	из кала	++	—	не свертывается	—	—	не изменяется	к	—	к	—	—	1:200 +++	1:200 +++
Чеславская Ева	из кала	+	—	не свертывается	—	—	не изменяется	к	—	к	—	—	1:100 +++	1:100 +++
Марон . . .	из кала	++	—	не свертывается	—	—	не изменяется	к	—	к	—	—	1:200 +++	1:200 +++

Специфической агглютинации их иммун. сывороткой в больших разведениях мы не получили. Так как часто свеже выделенные тифозные культуры не агглютинируются специфической сывороткой, мы подвергли их ежедневному пересеву в течение 3-х недель. После этой трехнедельной перевивки культура Юрочки дала агглютинацию с брюшно-тифозной сывороткой в разведении: 1:2000. Остальные 3 культуры не изменили своего титра агглютинации. Эти 3 культуры были, очевидно, не тифозные.

Резюмируя данные произведенного нами обследования, мы должны притти к заключению, что источником брюшно-тифозных заболеваний в обследованном районе являлась деревня Сетчи, где, как нами отмечено выше в 1925 году, наблюдалась тяжелая эпидемия, давшая 70 заболеваний и 27 смертей. Оставшиеся после этой эпидемии бациллоносители были причиной время от времени появлявшихся брюшнотифозных заболеваний. Из деревни Сетчи инфекция перебросилась в деревню Люцы в 1926 году и в 1927 году вызвала там эпидемическую вспышку. Жители деревни Люцы при поездках в свой экономический и административный центр, на станцию Пуховичи обязательно должны проезжать через деревню Новоселки, останавливаются там и вступают в общение с крестьянами этой деревни. Несомненно, что инфекция перенесена в Новоселки из деревни Люцы. Характерно, что первое заболевание в Новоселках началось в доме крестьянина Юрочки, стоящем на самом краю села, непосредственно примыкая к дороге из д. Люцы. Из деревень Люцы и Новоселок брюшной тиф снова возвращается в деревню Сетчи и, таким образом, замыкается своеобразный circulus vitiosus инфекции.

* *
*

Вывод, который следует сделать из произведенного нами обследования—это необходимость усиления дела борьбы с брюшным тифом в Минском округе и во всей Белоруссии. К этому нас обязывают не только высокие рекордные цифры заболеваний в нашей республике, но, самое главное, хронический эндемический характер этих заболеваний и большое число пораженных населенных пунктов. Если мы не можем организовать у нас такую сеть специальных учреждений для борьбы с брюшным тифом, какие были созданы в Германии еще во времена Коха, то усиление противотифозной работы является насущной необходимостью.

Мерой борьбы с брюшным тифом общеизвестны и мы лишь вкратце на них остановимся.

Прежде всего здесь следует указать на улучшение учета, статистики брюшно-тифозных заболеваний. В статистику надо включить помимо цифровых данных о числе брюшно-тифозных больных также и перечень пораженных пунктов. Ибо одни цифры заболеваний, без указания населенных мест, где они возникают, дают неполную и неясную картину.

Наряду с этим следует улучшить, уточнить диагностику брюшнотифозных заболеваний. Не только в деревнях, но и в городах и в частности в Минске брюшной тиф часто диагносцируется на основании одной клинической картины; сравнительно редко ставится реакция Видаля, бактериологическое исследование кала и крови почти вовсе не производится. Несомненно, что вследствие этого не все тифозные заболевания регистрируются и, наоборот, часто в рубрику брюшного тифа попадают другие болезни. Между тем существующие окружные и районные лаборатории вполне оборудованы и приспособлены для бактериологических исследований. Поэтому, по поводу каждого подозрительного по брюшному тифу случая там, где только это возможно, должно быть произведено исследование кала и крови больного.

Основное мероприятие для борьбы с брюшным тифом—это учет и наблюдение за бациллоносителями и выделителями. При распространении у нас брюшного тифа преимущественно по контакту, борьба с бациллоносительством принимает исключительное значение.

Так как бацилловыделителями являются лица, перенесшие брюшной тиф, поэтому за всеми переболевшими брюшным тифом должно быть установлено длительное наблюдение. У каждого районного и окружного санитарного врача должен быть заведен именной список всех перенесших брюшной тиф. Каждое заболевание брюшного тифа как в городе, так и на районе, должно быть обследовано санитарным врачем. Должен быть исследован больной и окружающая его среда. У лиц, перенесших брюшной тиф, должны периодически производиться исследование кала и мочи, а у обнаруженных бацилло-носителей эти исследования должны производиться систематически в течение целого ряда лет. Далее, лица с обнаруженным бацилло-ношением должны получить указания, какой образ жизни вести, чтоб избегнуть заражения окружающих. Работающие в предприятиях пищевой промышленности должны быть переведены на другую работу.

Само собой разумеется, что борьба с брюшным тифом—это борьба за культуру, за гигиенический быт, благоустроенное жилище, хорошие источники водоснабжения. В этом отношении советская медицина занимает лишь небольшой участок на общем культурном фронте, осуществляемом всей страной. Интенсивная работа по санитарному просвещению, энергичное движение вперед на „здравохраненском участке“ культурного строительства—наша ближайшая задача.

ЛИТЕРАТУРА

1) *Uhlenhutth.* Typhus abdominalis. Friedberger u. Pfeiffer. Lehrbuch der Mikrobiologie.
2) *Д-р Еланчик.* Гигиена и эпидемиология № 1 1927 год.
3) *Барыкин и Компанеец* Ibidem № 3 1927 год.
4) *О. Г. Биргер.* Гигиена и эпид. № 7. 1927 год.
5) *Проф. Златогоров.* Гигиена и эпидемиология № 9 1927 год.
6) *Проф. Штуцер и М. Л.* Непомнящая—ibidem.
7) Д-р Компанеец—ibidem.
8) *Groninger*—Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. 107 s. 157.
9) *Staub* Deutsche med. Wochenschr. № 45 1926 г.
10) *Hahu* Deutche med. Wochenschr. № 49 1926 г.
11) *И. А. Добрейцер.* Гигиена и эпидемиология—1926 г.
12) *Б. Я. Эльберт и В. М. Дорожинский.* Наблюдения над паратифом А. Врачебно-Санит. Известия. Киев. 1918.
13) *Д-р Казанская.* Белар. Медычн. Думка № 1—2 за 1925 год.

Заметки из практики

О меатотомии

Профессора В. Ю. Мронговиуса

Целью настоящей статьи является желание познакомить врачей-венерологов со своей техникой производства маленькой операции, которая носит название меатотомии.

Мне пришлось неоднократно убедиться, что операции этой, необходимой во многих случаях для расширения orificium externum, врачи просто избегают, боясь кровотечения и не рискуя ее делать в обстановке венерологического кабинета.

Между тем, на основании своего 20-ти летнего опыта, я могу сказать, что больших кровотечений никогда не бывает, никаких швов накладывать не надо, раны всегда заживают без всяких осложнений, вообще, операция несложная, а польза при лечении хронического триппера, при бужировании, уретроскопии и т. д. большая, почему эта операция должна быть знакома всякому врачу-венерологу.

Но прежде чем перейти к своей технике этой небольшой операции, я должен вкратце остановиться на некоторых анатомических деталях.

Glans penis, как известно, напоминает форму колокола (Тонков) при чем цилиндрическое тело corpus cavernosum urethrae соединяется не с центром колокола, а с его нижним (задним) краем, во внутрь же его (в вогнутость колокола) входят приостренные концы corpora cavernosa penis, при этом верхняя (передняя) поверхность колокола гораздо лучше выражена (длиннее), более выпукла, чем нижняя (задняя); последняя уплощена и значительно короче, по срединной линии имеет вырезку или бороздку. В соответствии с этим и мешок крайней плоти спереди (сверху) наиболее глубок, позади же (внизу) представляется очень мелким, при чем здесь, как раз, praeputium соединяется с вырезкой glans посредством непарной кожной складки—frenulum praeputii, которая, располагаясь по срединной линии, почти достигает края orificium urethrae externum; corona glandis и самая головка покрыта кожей, или, вернее, внутренним листком praeputii вплоть до краев orificium urethrae externum, где уже начинается подлинная слизистая оболочка; последнее, т. е. наружное отверстие мочеиспускательного канала находится на верхушке glandis penis, представляет собой сагиттальную щель и ограничено с боков губами—labia uretheae. Это orificium externum есть самое узкое место канала и менее всего податливо, т. к. в стенке его имеется фиброзно-эластичное кольцо.

Всякий инструмент (буж, катетер etc), свободно проходящий через orificium externum, свободно проходит и через весь канал, если в нем нет патологических изменений (стриктуры, опухоли), но

если рассечь наружное суженное отверстие нормального канала, то можно убедиться, что и значительно более толстые инструменты свободно проходят.

Но очень часто наружное отверстие от природы так незначительно, что с трудом проходят бужи Charrière № 21—23. Это врожденный недостаток, но только наружного отверстия, остальной калибр канала может быть вполне нормальным и соответствует обычным размерам urethr'ы.

Кроме врожденного сужения меатуса может быть и приобретенное сужение, которое часто является последствием шанкра, баланитических или дифтеритических процессов головки члена.

Такое врожденное, или приобретенное, сужение orificium externum значительно препятствует введению в канал бужей, уретроскопа, цистоскопа и представляет серьезное препятствие для лечения стриктур, хронического триппера вообще и всяких болезней, диагностика которых связана с уретро-и цистоскопией (опухоли канала, воспаление семенного холмика, болезни пузыря, почек etc).

Избавить больного от этого врожденного, или приобретенного, недостатка не представляет никаких трудностей; для этой маленькой, операции, носящей, однако, громкое название „меатотомия", не нужно никаких инструментов, никаких меатотомов, ни Collin-Oberländer'a, ни Bierhoff'a, ни Civiale, ни Sard'a, ни цилиндров Baer'a с обтуратором, ни Dittel'евских штифтов; нужен только узкий, острый тупоконечный нож, вата, бинт и дерматол; все эти предметы находятся под рукой у каждого врача.

Вся операция производится, конечно, с соблюдением правил асептики и антисептики.

Перед операцией больной должен помочиться. Поле операции очищается эфиром и спиртом.

Узкий тупоконечный нож вводится в уретру по самую рукоятку, придавливая тупую спинку его к верхней части канала, затем быстрым движением, надвигая на острие ножа нижнюю часть отверстия и одновременно вытягивая нож, разрезается нижняя часть канала по срединной линии до самого основания frenulum.

Вся операция продолжается один миг, больной еле успевает вскрикнуть. Влажным тампоном на момент придавливается рана, затем обильно посыпается дерматолом и туго забинтовывается. Больному дается указание, не разбинтовывать penis, по крайней мере, в течение 6—8 часов; если по истечении этого срока больной снимет повязку, то обыкновенно кровотечения уже больше не наблюдается. Если же появляется небольшое кровотечение, то повязка накладывается еще часов на 6. Во всяком случае больше суток никогда ни один мой больной повязки не носил.

Разрез следует вести по самой срединной линии, всякое уклонение в сторону кавернозного тела glandis может дать более или менее сильное, но, во всяком случае, не страшное, кровотечение; при проведении разреза по срединной линии кровотечение бывает минимальное.

Больному дается совет: при каждом мочеиспускании раздвигать (чистыми) пальцами отверстие канала, чтобы не срослись разрезанные части orificii.

Если дело спешное, то сейчас же, или на следующий день, можно приступить к уретро-и цистоскопии, при чем больной будет жаловаться на незначительную боль при введении инструмента в канал, если же дело

не спешное, то через неделю всякое введение бужей уже совершенно безболезненно. Никаких швов накладывать не надо. Через месяц трудно отличить нормальное отверстие от отверстия оперированного.

Так я произвожу эту операцию уже в течение 20 лет и никогда никаких осложнений не видел.

ЛИТЕРАТУРА:

Joseph: Половые болезни 1925 г.—*Тонков*: Нормальная анатомия, выпуск IV. 1926 г.—Riecke Bruhns 1919 г. стр. 449.—Finger 1901 г.—стр. 29 (нем.)—Güterbock, 1890 г. стр. 129 (нем.).—Casper, 1910 г. Urologie, стр. 144 (нем.).— *J. de Sard*: Technique de la méatotomie, Ref. Zeitschrift für Urologie, Bd. IV, 1910 стр. 870.

Обзоры

Рентгенодиагностика легочного туберкулеза[1]

Из центрального Рентгеновского Кабинета Клиники БГУ при 1-ой Сов. Больнице

Д-р С. М. Лившиц

Необходимо отметить, что большинство практических врачей в настоящее время еще очень мало знакомо с рентгенологией, несмотря на ее громадные успехи и достижения как в области диагностики, так и в области терапии. Это обстоятельство с одной стороны об'ясняется тем, что рентгенология—наука сравнительно молодая, а с другой—тем, что в большинстве медфаков у нас и даже заграницей изучение рентгенологии для студентов не обязательно, и таким образом многие врачи кончают медфак, не видевши ни одного рентгеновского просвечивания, не сделавши ни одного рентгеновского снимка.

Результатом такого слабого знакомства с рентгенологией является или недооценка рентгенологического метода исследования, доходящая даже у некоторых врачей до отрицания его, или, что наблюдается наичаще всего, сильная переоценка этого метода, желание поставить тот или другой диагноз на основании одного только рентгеновского исследования, без предварительного тщательного клинического изучения данного больного.

Изучая материал нашего Центрального рентгеновского кабинета за последние несколько лет, я должен констатировать, что наибольший контингент больных, направляемых в наш кабинет для исследования (больные направляются изо всех лечучреждений не только Минска, но и всей Белоруссии)—это больные, у которых подозревается начальная форма туберкулеза легких, при чем из записок, с которыми направляются больные и из расспросов последних мы убедились, что в большинстве случаев не имеется не только длительного, тщательного наблюдения, но и тщательного исследования больного другими клиническими методами исследования.

(Я имею в виду, конечно, только амбулатории, но отнюдь не клиники или больницы).

Такие больные стекаются к нам в огромном количестве, и в целом ряде случаев мы одним рентгеновским исследованием не только не выясняем диагноза, не только не помогаем больному, но иногда даже вредим ему, нанося тяжелую психическую травму, выдавая ему на руки результаты исследования вроде „затемнение той или другой верхушки“, широкой hilus, „увеличение железа в hilus'e“ и т. п.

---

[1]) Доклад, читанный в заседании Научного Общ. Минских врачей.

Дело ведь в том, что затемнение той или другой верхушки, увеличенные бронхиальные железы и широкий hilus еще не означает, как мы увидим дальше, туберкулезного заболевания, а между тем, больные, прочитавши выданный им ответ, мнят себя уже туберкулезными и тут начинается их хождение из амбулатории в диспансер, а оттуда в комиссии, в санатории, на курорты, климатические станции. В большем количестве случаев это неврастеники, иппохондрики, место которым не в туберкулезных учреждениях, а в домах отдыха и в электро и водолечебницах.

Здесь я должен с особой силой подчеркнуть на основании своей долголетней работы как рентгенолога и врача, что диагносцировать начальную форму туберкулеза легких (и вообще какое-либо заболевание) на основании одного только рентгеновского исследования—это непростительная ошибка; нет так называемого рентгеновского диагноза, а есть вообще диагноз данной болезни, который ставится на основании тщательного клинического исследования плюс рентгеновское исследование.

В этом отношении весьма прав известный рентгенолог проф. Grashey, заявивший, что хорошим диагностом может и должен считаться только тот врач, который ставит свой диагноз еще до рентгеновского исследования, и который обращается к рентгену для проверки или тогда, когда обычные физические методы исследования дают очень мало данных.

Рентгеновское исследование должно быть тесно связано с клиникой и должно всегда производиться только после тщательного клинического исследования больного, но никогда оно не должно предшествовать ему.

Вопрос о рентгенодиагностике легочного туберкулеза в настоящее время имеет большое значение не только потому, что туберкулез теперь является одной из самых распространенных болезней, но и потому, что в последнее время появилось много чрезвычайно ценных и весьма интересных работ, которые подвели прочный патолого-анатомический фундамент рентгенодиагностики легочного туберкулеза. Работы Cohn'a, Asmaan'a, Gzaefa и Kupferle открыли нам тайну легочного hilus'a и так называемого легочного рисунка на рентгенограмме.

Вышеуказанные авторы путем сравнительного изучения рентгенограмм с патолого-анатомическими срезами легкого указали нам, какие патолого анатомические изменения лежат в основе каждой видимой на рентгенограме ненормальной тени. Получив такой прочный патолого-анатомический фундамент, рентгенодиагностика легочного туберкулеза вышла из области гаданий и предположений, твердо стала на ноги, окрепла и сделалась необходимым подспорьем каждого клинициста.

Работы Petrüschky, Bëhring'a, Röemer'a, Pirgue u Rauke, Hamburger'a доказали, что человек, не имея врожденного иммунитета к туберкулезу, заражается им еще в раннем детстве. В громадном большинстве случаев по учению Küss'a и Gohn'a туберкулезная инфекция попадает в легкие через воздух путем ингаляции (аэрогенный путь инфекции). На месте внедрения туберкулезной палочки в легких появляется небольшой очаг типичной казеозной пневмонии. Весь этот фокус окружен валом быстро и сильно размножающихся соединительно-тканных клеток (Primär-Affect по Gohn'y). Этот вал соединит. тканных клеток играет большую роль при заживлении процесса, т. к. отсюда исходит вновь нарождающаяся соединительная ткань, которая ведет к зарубцеванию процесса.

Из первичного очага инфекция идет по лимфатическим путям перибронхиально и периваскулярно к бронхиальным железам: происходит увеличение, набухание, казеозное распадение желез. С инфекцией желез в hilus'е первичный период заканчивается. В hilus'е происходит сильное развитие соединительной ткани, которая окружает увеличенные бронхиальные железы, откладывается известь и процесс излечивается. Первичный аффект, увеличение бронхиальных желез в hilus'е, а также изменения в ткани легкого между ними составляет то, что Kanke называет *первичным комплексом.* Первичный аффект бывает величиной от просяного зерна до лесного ореха, встречается в единичном и даже во множественном числе большею частью в правом легком и располагается большею частью периферически вблизи плевры, чем об'ясняются появляющиеся часто осложнения со стороны плевры (Küss и Gohn). В большинстве случаев, как я уже говорил, процесс излечивается. В случаях же очень сильной инфекции и недостаточных защитных сил организма ребенка, инфекция берет верх и тогда происходит распространение туберкулезного процесса, при чем каждая часть первичного комплекса служит источником дальнейшего распространения процесса или per Continuitatem или кровеносным или бронхиальным путем.

Первичная туберкулезная инфекция может пройти совершенно незаметно для ребенка и для окружающих: ребенок все время кажется здоровым. В других случаях замечается бледность ребенка, отсутствие аппетита, повышение температуры—словом, вся клиническая картина туберкулезного бронх-аденита.

Исследуя таких детей рентгеновскими лучами, мы всегда почти получаем резкую, характерную картину первичного туберкулезного заболевания. Мы ясно видим и первичный аффект, и изменения легочной ткани между ним и бронхиальными железами и изменения бронхиальных желез.

В свежих случаях в стадии экссудативном мы на рентгенограмме или на экране видим первичный аффект в виде небольшого нерезко ограниченного фокуса затемнения среди нормальной светлой ткани легкого. Чем процесс старше, тем тень становится все гуще и темнее: наиболее резкую и темную тень мы видим при индурации и петрификации первичного фокуса, который тогда имеет вид инородного тела, что указывает на излечение процесса.

Распространение инфекции из первичного фокуса к железам по лимфатическим сосудам периваскулярно и перибронхиально мы видим по тяжам, идущим из первичного фокуса к бронхиальным железам. Наиболее характерную картину дают увеличенные бронхиальные железы.

В то время, как первичный очаг и изменения между ним и бронхиальными железами могут подвергнуться значительному обратному развитию, т. что впоследствии мы можем их и не найти, изменения желез в hilus'е таковы, что они остаются на всю жизнь и мы находим всегда при рентгеновском исследовании.

Нормальные, неизменные железы в hilus'е не видны ни при рентгеноскопическом ни при рентгенографическом исследовании—в этом в настоящее время не существует никаких сомнений и разногласий. Видны только увеличенные и измененные железы в виде круглых, овальных темных образований в hilus'е. Нахождение увеличенных желез у взрослого не имеет большого значения, т. к. в большинстве случаев указывает на инфекцию в детстве. У детей же нахождение увеличенных бронхиальных желез играет уже очень большую роль в диагнозе туберкулезных заболеваний. Но тут надо отметить, что на

основании одной только рентгеновской картины увеличения бронхиальных желез мы еще не имеем права ставить диагноза „туберкулез", т. к. у детей мы находим увеличенные бронхиальные железы и после кори, коклюша, при гриппе, пнеймонии и даже при хроническом катаре бронхов. С другой стороны и отсутствие увеличенных бронхиальных желез при рентгеновском исследовании еще не исключает туберкулеза этих желез. Сердце ребенка, занимающее сравнительно большое пространство в грудной клетке у детей, может в некоторых случаях прикрыть увеличенные бронхиальные железы и таким образом мы их не видим. Вот почему важно в каждом случае тщательное клиническое исследование.

В большинстве случаев, как я уже говорил, первичный детский туберкулез излечивается. В случаях же сильной инфекции и слабости детского организма туберкулезный процессс может дальше распространяться, имея исходным пунктом каждую часть первичного комплекса.

Здесь я должен главным образом остановиться на т. наз. гилюсном туберкулезе легких, т. е. на процессе, исходящем из hiluc'ных желез, встречающихся часто у детей, подростков, юношей и редко у взрослых.

Эта форма подчас представляет большие трудности для клинического распознавания, т. к. уже очень глубоко лежит процесс.

В этих случаях рентгеновское исследование играет громадное значение. Тут мы находим значительное затемнение, идущее из hilus'a и постепенно переходящее к периферии в нормальную легочную ткань. Но и здесь нужно быть очень осторожным с диагностикой туберкулеза hilus'a на основании одной рентгеновской картины, т. к. гриппозные центральные пнеймонии могут дать такую же самую рентгеновскую картину.

Туберкулез взрослого человека начинается и протекает совершенно иначе, чем у не иммунизированного ребенка. В громадном большинстве случаев здесь процесс начинается в верхушках или в подключичной области, в особенности в так наз. инфраклавикулярных треугольниках (Aschoff, Hausemann, Kaufmann, Orth, Teudeloo и др.). И потому при рентгеновском исследовании больных подозрительных на начинающийся туберкулез все наше внимание должно быть обращено на вышеуказанные места. В противоположность этому почти общепринятому мнению рентгенологи Штюрц и Rider на основании своих чисто рентгеновских исследований утверждают, что изменения в верхушках у взрослого человека при туберкулезе легких—есть не начальная форма, а позднейшая и что первое проявление туберкулеза можно обнаружить на рентгенограммах прежде всего в hilus'ных железах, а отсюда уже инфекция идет к верхушкам по лимфатическим путям, по так называемым Штюрцевским тяжам.

Вначале такие крупные рентгенологи, как Lorey, Asmann Graef и Kupferle присоединились к вышеизложенному мнению, но впоследствии вышеуказанные авторы отказались от этого, так как не находили подтверждения в своих патолого-анатомических исследованиях. Мы тоже вначале, еще работая в бывшей Земской Больнице, увлекались Rider'овской теорией и во всех случаях подозрительных на туберкулез (начальный) тщательно исследовали область hilus'a и искали эти, так называемые Штюрцевские тяжи. И в некоторых случаях, правда редких, нам удавалось находить в самом начале эти тяжи, а впоследствии и небольшие имфильтраты в под или надключичном пространстве и потому нам кажется, что если по мнению Asmann'a и Lorey'a не

может быть применена теория Stürtz'a и Rider'a решительно ко всем случаям начинающегося туберкулеза, то в некоторых случаях, правда довольно редких, такое начало туберкулеза имеет место. Вопрос о том, почему у взрослого человека туберкулезный процесс начинается чаще всего с верхушек, еще не решен. В то время, как Teudeleoo считает причиной этого плохую вентиляцию легочных верхушек и вследствие этого замедление циркуляции крови и лимфы, Frerd, Hart и Backmeister причиной этого видят узость верхней части грудной клетки и в особенности обизвествление хряща первого ребра. И мы на это последнее обстоятельство обращаем и обращали внимание при исследовании больных, причем по нашим наблюдениям обизвествление хряща 1-го ребра никакого значения в начальном появлении туберкулеза не имеет, ибо сплошь и рядом мы находим окостенение хряща 1-го ребра у людей с совершенно нормальным и рентгенологически и клинически легкими и находим значительные изменения верхушек без всякого окостенения хряща 1-го ребра. Нормальные верхушки светлы и прозрачны и всякое затемнение верхушек, даже затемнение гомогенного характера считалось раньше уже патологическим, туберкулезным. В настоящее же время, на основании работ Asmann'a, Krause и др. мы уже не склонны придавать сплошному, гомогенному, диффузному затемнению особого значения, так как знаем великолепно, что подобные затемнения верхушки могут быть и у совершенно нормальных людей, напр. при уменьшении содержаний воздуха после пнеймоний, при одностороннем эксудативном плеврите, при сдавлении зобом при утолщении плевры не туберкулезного происхождения, при очень сильной мускулатуре на одной стороне, при склеродермии, при увеличении лимфатических желез на шее и, наконец, при неправильном положении больного и при неправильной технике. Наиболее верным и безусловно доказательным рентгенологическим признаком начальной формы туберкулеза является нахождение фокусных изменений в верхушках и подключном треугольнике. Здесь мы имеем отдельные пятна большей или меньшей величины, очень нежные, расплывчатые и нерезко ограниченные в самом начальном стадии и более резкие, хорошо ограниченные в позднейшем развитии их. Чем резче и ограниченнее фокус, чем процесс старше, а в случае, где мы имеем очень резкие интенсивные пятна, лежащие в очень светлой верхушке, там мы большей частью имеем уже дело с петрификацией фокуса и его излечением.

Если мы сравним данные рентгеновского исследования с данными аускультации и перкуссии, мы должны всецело подтвердить еще издавна выраженное A. Schöneberg'ом мнение, что рентгеновский метод стоит безусловно выше перкуссии, так как открывает нам фокусы, которые ввиду своего глубокого расположения и маленькой величине не дают никакого притупления; что же касается аускультации, то должен отметить, что здесь опытное ухо клинициста может открыть ничтожные начальные изменения, прежде чем это найдет самое тонкое рентгеновское исследование.

Большое значение имеет рентгеновское исследование и в случаях распространенного туберкулеза легких, когда диагностика процесса уже никаких трудностей не представляет. В этих случаях рентгенологическое исследование дает нам возможность безошибочно судить как распространен процесс, какие участки захвачены туберкулезом, какие свободны и поражено ли одно легкое или оба, а это имеет колоссальное значение при современном лечении туберкулеза легких пнемотораксом, Thoraco-пластикой, перерезкой, n. phrenici и другими. В этом отношении мы, рентгенологи, часто расходимся с клиникой в

том смысле, что при рентгеновском исследовании мы открываем большее распространение процесса, чем клиника. Но одним количественным диагнозом, классификацией туберкулеза по Turban'у и Gerhardz'у в настоящее время ни клиника, ни рентгенология уже не довольствуются; клинике и нам важнее всего установить качественную диагностику данного случая, то-есть установить какие патолого-анатомические изменения имеются в легких в том или другом случае, установить, имеет ли процесс характер эксудативный, пролиферативный или цирротический, что имеет колоссальное прогностическое значение, так как продуктивные формы, склонные к развитию соединительной ткани, медленно протекают и отличаются доброкачественным характером, в то время, как процесс эксудативный имеет тенденцию к прогрессу и распаду и быстро ведет больного к гибели. В последнее время почти во всех клиниках туберкулез классифицируется по номенклатуре Aschoft-Nicol'я. И вот Фрейбургская школа во главе с Грефом и Купферле стремится перенести эту классификацию Aschof-Nicol'я и в рентгенодиагностику легочного туберкулеза. Но надо отметить, что при применении классификации Aschof-Nicol'я в рентгенодиагностике легочного туберкулеза встречаются колоссальные трудности. Эти трудности об'ясняются тем, что чистые формы ацинозно-нодозного или эксудативного туберкулеза встречаются редко (по данным виднейших фтизиатров в 75—80% случаев мы имеем формы смешанные). Затем, ведь вся классификация Aschof-Nicol'я основана на патолого-гистологическом исследовании и часто даже самый опытный патолого-анатом одним глазом макроскопически не может решить вопроса, с какой формой по классификации Aschof-Nicol'я он имеет дело; то тем более трудно это бывает решить нам, рентгенологам, когда у нас присоединяется еще и то обстоятельство, что мы на одной плоскости рентгенограммы или экрана получаем изображение всевозможных изменений в целом органе, в целом ряде плоскостей, когда при проекции одна тень накладывается на другую и получается подчас смешанная и путанная картина. Тем не менее надо отметить, что в целом ряде случаев, резко выраженных, мы на основании рентгеновского исследования можем с большей или меньшей вероятностью вывести заключение с какой формой легочного туберкулеза мы имеем дело, имеется ли в данном случае нодозная, цирротическая, эксудативная или смешанная форма. Нодозно-продуктивные формы туберкулеза дают на рентгенограмме резко-контурированные, не сливающиеся друг с другом тени в виде листков клевера. Эксудативные же очаги, наоборот, не резко контурированы, смазаны по краям и сливаются друг с другом (лобулярные формы). При лобарных же формах мы имеем значительное затемнение не гомогенного характера, захватывающее большое пространство легочного поля. Очень характерную картину дает цирротическая форма туберкулеза. Здесь мы имеем целый ряд в виде линий и лент тяжей соединительной ткани, окружающей пораженное место и врастающих в него; видим явления сморщивания большей части легкого. уменьшение части грудной клетки, уменьшение и сужение межреберных промежутков, ребра идут косо, часто появляются сколиотические изменения позвоночника, перетяжка сердца, трахеи и медиастикума в сторону поражения.

Таким образом, мы видим, что рентгенодиагностика легочного туберкулеза имеет колоссальное значение, как у детей, так и у взрослых.

Но эту великую пользу рентгенодиагностика может принести только в том случае, когда она применяется правильно, когда рентгенолог тесно связан с клиникой. Рентгенолог должен быть врачем и

врачем опытным в той области, в какой он производит данное рентгеновское исследование. Ведь мы должны решить вопрос не о том, имеется ли у данного больного то или другое затемнение в легких, а мы должны дать ответ и больному и врачу, что означает данное затемнение или просветление и имеется ли у данного больного то или другое заболевание, а для этого мы должны иметь постоянную и тесную связь и с клиникой и с патолого-анатомическим институтом.

Никогда рентгенолог не ограничится одной рентгеновской техникой и одним описанием всего того, что он видит, иначе он перестает быть врачем. Но уже наступает время, когда быть специалистом рентгенологом делается все труднее и труднее, ибо применение рентгенодиагностики и терапии с каждым днем захватывает все новые и новые области. Благодаря применению контраст дающих веществ, нет ни одной щели в человеческом организме, куда бы мы не могли проникнуть рентгеновскими лучами.

В настоящее время мы уже исследуем и желчный пузырь, и желчные ходы и желудочки мозга и спиномозговой канал, и матку и трубы и яичники и брюшину. Нет ни одной клиники, которая не применяла бы рентгеновских лучей в качестве прекрасно действующего при некоторых заболеваниях терапевтического средства: и внутренняя, и хирургическая, и гинекологическая, и глазная, и кожная, и венерическая, и уха, горла и носа—все посылают нам ежедневно в большом количестве больных для лечения. В настоящее время быть рентгенологом, значит быть универсалистом, а это очень и трудно и почти невозможно. Необходимо установить такой модус, чтобы в клиниках каждый ординатор, изучая все диагностические методы, изучил бы и метод рентгенологического исследования, чтобы на ряду с исследованием мочи, кала, желудочного сока и т. п., он мог бы сам произвести и рентгенологическое исследование, чтобы, назначая больному соответствующее лечение медикаментозное, диэтетическое и другие, он изучил бы показания к рентгенотерапии и умел бы ее сам проводить, индивидуализируя в каждом случае, ибо рентгеновы лучи—сильно действующее средство, надо уметь его дозировать и индивидуализировать, а не лечить по шаблону. Что мое предложение целесообразно, жизненно и необходимо, указывает то, что начало этому уже сделано за границей и что я лично наблюдал в клиниках Kraus'a, His'a и других в бытность мою в Берлине в 1925-ом году.

Обзор диэтического лечения расстройства питания у детей грудного возраста

Зав. Домом грудного ребенка № 1, г. Минск [1])

Д-р Альшванг

Еще 35 лет тому назад педиатрия не имела большого научного опыта в физиологии и патологии расстройства питания у детей грудного возраста. Начало новой эры диэтетики было положено с момента изменения нашего взгляда на желудочно-кишечные заболевания. Эта фаза развития диэтетики особенно углубляется со времени понимания желудочно-кишечных заболеваний, как „расстройств питания" всего детского организма, а не как болезни местной, имеющей связь только с желудочно-кишечным трактом. В 1907 году Черни дает нам свою классификацию, а немного позже появляется классификация расстройств питания по Финкельштейну. Появляются одна за другой различные питательные и лечебные смеси, дающие нам серьезное оружие в борьбе с расстройством питания детей грудного возраста. Клиника указывает нам на необходимость перехода от применения сильных разводок молока к смесям более полноценным. Сильное разведение молока постепенно исчезает. Оптимальное кормление начинает завоевывать все большие круги педиатров.

Роль недокорма при изучении расстройств питания все более и более оттеняется; отводится должное место недокорму, как количественному, так и качественному. Примером недокорма могут зачастую служить наши дистрофики. Проверка кормления их говорит, в огромном большинстве случаев, за общий или частичный недокорм. Большое количество предложенных концентрированных смесей подчеркивает лишний раз наше стремление бороться с недокормом или же его предупреждать, как у здоровых, так и у больных детей.

Правильное применение углеводов, белка и жира приводит нас к довольно хорошим результатам. Непригодность молочного сахара для употребления как примеси к молочным смесям, введение 2-х и более углеводов, замена молочного сахара свекловидным, употребление полисахаридов (муки и dextrin'a, напр. Dextrin Maltosepulver по Soxhlet'y) сейчас достаточно изучено. Сегодня определенно известно, что смеси из молока, муки и сахара достигают большего, чем смеси без муки (Финкельштейн). Небольшая прибавка жира или белка к грудному, смешанному или искусственному кормлению дает зачастую благоприятные результаты.

Последние годы педиатрическая литература полна изучением вопроса о витаминах и тех практических результатов, которые выявились от применения их. Функом было указано на роль витаминов в диэтетике детей грудного возраста. Недостаточность (количественная) введения витаминов занимает, повидимому, не последнее место

---

[1]) Доложено на конференции детской клиники Белор. Госуд. Унив.

в патогенезе расстройств питания. Связь диэтетики с конституцией стала предметом изучения благодаря авторитетному влиянию Черни. В связи с конституцией вводятся видоизменения в применении тех или других видов пищи. Необходимо еще подчеркнуть влияние гормонов в патогенезе расстройств питания детей грудного возраста.

Довольно видное место в диэтетике занимает полипрагмазия, т. е. недостаточность выдержанности в применении одного какого-либо определенного диэтического метода. Отмечается недопустимость частых смен диэтических назначений. Вредность полипрагмазии и необходимость придерживается определенного диэтического принципа, оттеняется в особенности Langstein'ом. Невозможно не остановиться на инфекциях, имеющих зачастую решающее значение в возникновении и течении расстройств питания. Особенно показательно значение инфекций в картине расстройств питания в учреждениях закрытого типа (Дома грудного ребенка). Параэнтеральным расстройствам питания в них подвергаются огромное количество детей. По Финкельштейну недостаток питания уменьшает иммунитет и резистенцию и тем самым подготовляет почву для проникновения инфекции. Отсюда ясно, как недокорм и инфекция зачастую переплетаются в закрытых учреждениях и результат: большой % смертности.

Диэтетика свои достижения базирует главным образом на том, что при лечении расстройств питания она отдавала и отдает максимум своего внимания оценке общего состояния ребенка. Диэтическое лечение почти всецело руководится общим состоянием организма. Картина стула не есть важнейший фактор при лечении расстройств питания. Наше главное внимание отводится общему состоянию организма, а не стулу. Лечение расстройств питания посему не определяется исключительно только картиной стула. Meyer и Nassau подчеркивают, что схематическое применение терапии только против поносов неправильно, т. к. при некоторых поносах необходимо немедленно лечить, а с другими надобно выждать. Поносы у детей грудного возраста служат симптомом, а не являются болезнью и тот, кто при острых расстройствах питания, по мнению Nassau, считается только со стулом, тот принесет вред вместо пользы. Хорошее общее состояние, при появлении частого стула, дает право неприменения скоропалительного вмешательства. Лечение голодом, основанное только на картине стула, не может считаться правильным. Ограничение в пище показуется только тогда, когда общее состояние ребенка этого требует. Период голода должен быть наивозможно короток и частое применение такового у одного и того же ребенка вредно. Вред повторных голоданий подчеркивает Финкельштейн в особенности в период репарации при декомпозициях. Длительность голодания определяется общим состоянием организма до заболевания и от влияния последнего на ребенка (Nassau). Лечение голодом не должно затягиваться; необходимо постепенно переходить к повышению количества пищи, не обращая внимания на картину стула. Быстрота повышения количества пищи зависит от общего состояния ребенка (Langstein) Meyer и Nassau указывают, что у дистрофиков не всегда нужно увеличивать количество пищи, а зачастую требуется изменение качества пищи. Состав лечебных смесей при лечении расстройств питания, сопровождающихся диспепсией, должен отличаться следующими свойствами по Финкельштейну: „Замена легко подвергающихся брожению углеводов, в особенности молочного сахара, тяжело подвергающиеся брожению углеводами, обогащение смеси казеинкальцием, кислотностью“.

Подчеркнув выше наиболее видные моменты из работы педиатров последних лет, разрешу привести небольшую сводку из имеющейся в моем распоряжении литературы последних 2—3 лет по вопросу о применении в диэтетике детей грудного возраста некоторых питательных и лечебных смесей.

В диэтетике большое место отводится концентрированным и кислым смесям. Кроме того нам вкратце придется также указать на некоторые питательные вещества и смеси, применяемые в диэтетике детей грудного возраста в данное время.

I) В качестве *концентрированной смеси* применяют: концентрированный рисовый отвар, пищу Moro, пищу Czerny, Dubo, концентрированное белковое молоко, пахтанье с большим количеством углеводов, цельное молоко с углеводами, концентрированное цельное молоко, кашу и проч.

1. 10% рисовый отвар остается в желудке 2 час. 50 мин. Результаты удовлетворительны в применении совместно с пахтаньем и белковым молоком. В чистом виде дается только короткое время, затем прибавляют 3—5% углевода и вводят только что названные смеси (Catel, Rosenbaum, Ruhle, Бессау, Buschmann).

2. Смесь *Моро*: получаются удовлетворительные результаты у отставших в весе и недоносков. Потери в весе при одновременной инфекции зачастую не наблюдается. Явления госпитализма часто исчезают (Weil, Hoeckle). Weil не советует давать ее в первые недели жизни и при диспепсиях; Hoeckle же рекомендует вводить в первые 3 месяца, в особенности у недоносков.

3. Смесь Dubo (цельное молоко с 17% угл.): хорошие результаты получаются у плохо пьющих и у недоносков. Советуется вводить совместно с грудным молоком. Время употребления должно быть ограничено (Bunnemann, Weil, Ленский, Лукьянова).

4. Смесь Черни: употребляется как питательная и как лечебная смесь. В последнем случае у дистрофиков и атрофиков без поноса.

5. Смесь Черни-Kleinschmidt'a, как прикорм и как лечебная смесь, в особенности при хронических диспепсиях и как последующая пища за пахтаньем при острых расстройствах питания (Финкельштейн).

6. Молоко с медом: мед богат витаминами B (Comby).

7. Цельное молоко с углеводами (5 и 10%): как прикорм к грудному молоку, у недоносков, у дистрофиков, у атрофиков при рвотах в первые месяцы жизни.

8. Грудное молоко плюс 17% углеводов (Ленский, Лукьянович).

9. Каша: у недоносков, при плохом аппетите, у дистрофиков, у атрофиков, при рвотах, при пилороспазме, у детей, не идущих в весе при грудном кормлении (например у эксудатиков и у невропатов).

(Crasson, Gerstel, Epstein).

10. Грудное или цельное молоко в концентрированном виде: уменьшенное до 1/2—1/3 об'ема при пилороспазме (Staunn, Herz).

11. Концентрированное белковое молоко по Финкельштейну при пилороспазме и атрофии.

12. Пахтанье плюс 15% углеводов: Weil рекомендует смесь из 1/3 цельного молока плюс 2/3 кислого снятого молока плюс 2% муки плюс 13% сахару при атрофии, пилороспазме, плохом аппетите, у недоносков совместно с грудным молоком, при рвоте у невропатов. При диспепсии не дается.

Разрешу ниже привести несколько примеров по применению концентрированной пищи в Доме грудного ребенка в Минске.

а) Реб. С. Ф.—$7^1/_2$ мес., стоит в весе при грудном кормлении плюс каша; вводится „*Моро*“; вес спустя неделю начинает увеличиваться и доходит в течение 3-х недель с 6,200 до 6,950.

б) Реб. Т.—7 мес.; после заболевания гриппом в течение месяца стоит в весе (6,200); кормление: грудь, $^2/_3$ молока плюс $5^0/_0$ углевода, каша, кисель, бульон; вводится „*Моро*“, и цельное молоко плюс $5^0/_0$ углевода; прибыль в весе за месяц—700.

в) Реб. В. : 1 мес. 19 дней; атрофия; кормление: грудь, кислое белковое молоко плюс $5^0/_0$ углевода; спустя месяц получает еще цельное молоко плюс $5^0/_0$ углевода; спустя вновь один месяц вводится „*Моро*“, под‘ем в весе в течение 3-х недель с 3280 до 3840; во время прикорма „*Моро*“ болела гриппом и не падала в весе.

г) Реб. О : искусственное кормление $^2/_3$ молоком на рисовом отваре плюс $5^0/_0$ углевода; с 3-го по 5-ый месяц жизни стоит в весе; вводится цельное молоко с $5^0/_0$ сахара; под‘ем в весе с 3500 до 4400 за три недели. Погибает от пневмонии.

Некоторые данные из литературы по применению разнообразных видов добавочного питания и изменений молока разрешу перечислить ниже:

II) При грудном кормлении зачастую дети не дают повышения в весе, небольшая добавка белка ведет к нормальному росту Langer, Finkelstein.

III) Применение растительного молока, заместо коровьего рекомендуется Weitzel‘ем. Миндальное молоко переваривается в желудке быстрее коровьего.

IV) Гиндесом из Баку предлагается лечение расстройств питания в летние месяцы пищей *без молока*. Он кормит: манной крупой, мукой, зеленью, фруктами, желтком, мозговой костью. Из этих продуктов изготовляются каши, пуддинги, компот, суп и проч.

V) Большой интерес вызывают сообщения о применении сушеного молока в диэтетике детей грудного возраста. При кормлении сушеным молоком расстройств питания не наблюдается. Оно применимо также и летом. Переносится сушеное молоко зачастую лучше свежего коровьего молока. Витамины в нем сохраняются. (Черни, Weber, Fmerson, Paul Lavrence, Smith, Schoedel). Здесь же стоит упомянуть, что Graanboom получил хорошие результаты от применения при пилороспазме и постоянной рвоте смеси рисовой муки и порошка из снятого молока.

VI. Введение *желтка*: Ребенок 3-х месяцев весом в 4.700; кормление: грудное молоко и прикорм из цельного молока плюс $5^0/_0$ углевода. Ребенок стоял целый месяц в весе, со дня введения желтка начался под‘ем и через 15—16 дней вес был 5.200. (Случай из Дома грудного ребенка, Минск. Ребенок А. К).

VII) Dörholt и впервые Salge описали случаи применения *обезжиренного грудного молока* при интоксикациях. Moegeerath и Friedberg получили хорошие результаты при интоксикациях и декомпозициях, применяя его совместно с пахтаньем.

VIII) *Кислые смеси:*

Кислые смеси были впервые введены Ballot в 1865 г. Научное же их применение в диэтетике последних лет можно считать со времени введения кислого пахтанья голландскими врачами в диэтетике грудного возраста (более 20-ти лет). Кислые смеси сразу занимают одно из видных мест в диэтетике. По Langstein‘у „пахтанье и грудное мо-

локо являются единственным диэтическим средством, без которого нельзя обойтись при терапии дистрофии". Какое преимущество имеют кислые смеси?

Goffstein, Schiff и Mose указывают на лучшее усвоение углеводов при кислых смесях, а Schiff и Mose на облегчение перехода к смесям более жирным. Во главе кислых смесей стоит пахтанье. Пахтанье изготовляют из сметаны. Хорошую замену пахтанья мы имеем в кислом снятом молоке. Кислые смеси можно также изготовить прибавлением к цельному молоку или к его различным разводкам целого ряда кислот (молочной, соляной, фосфорной, лимонной, уксусной и проч.) или живых молочно-кислых бактерий (Миллер, Попова, Mannius, C. Field, Dunham, Müller, Weck. Самая безвредная кислота по Weck'у есть ac. lact (75%). Самопроизвольно скисшее молоко безвредно (Гамбургер, Ритчель, Нобель).

Кислые смеси находят свое применение как у здорового, так и больного ребенка. Недоноски в весе до 2000 переносят скверно коровье молоко; по совету Marfan'a можно применить здесь кисл. пахтанье плюс 4 % сахара плюс 1% муки, а затем через месяц постепенно перейти к коровьему молоку. Свое лучшее применение в диэтетике здорового грудного ребенка находит пахтанье в особенности в соединении с грудным молоком в первые 2—3 месяца жизни. Кислые смеси из пахтанья плюс смеси Черни играют ту же роль. При расстройствах питания с диспепсиями кислым смесям отводится первенствующее значение. Подкисленные обычные разведения коровьего молока или подкисленное цельное молоко обладают тоже большим преимуществом перед обыкновенными смесями в терапии расстройств питания. Впереди же всей массы кислых смесей идут пахтанье, кислое снятое молоко и кислое белковое молоко. Пахтанье и кислое снятое молоко являются главным диэтическим средством в первые дни заболевания. Meyer и Nassau первые два дня дают молочную сыворотку, затем грудное молоко или пахтанье. Пахтанье и кислое снятое молоко дают особенно хорошие результаты при лечении расстройств питания в соединении с грудным молоком. Применяются кислые смеси в терапии расстройств питания, главным образом при острых расстройствах питания, интоксикациях и при хронических диспепсиях. Маслов подчеркивает, что при интоксикациях лучше кормить грудным молоком плюс пахтанье, чем одним грудным молоком, т. к. последнее бедно солями и богато жиром. Тоже отмечает Финкельштейн. О хороших результатах у недоносков я уже упоминал. Белковое молоко по Финкельштейну является могучим орудием в борьбе с диспепсиями. Оно дается как последующее дополнение к пахтанью при острых расстройствах питания. Спустя несколько дней постепенно отходят от пахтанья и переходят целиком к белковому молоку. Белковое молоко кроме того рекомендуется при хронических диспепсиях и кровавых поносах. Белковое молоко должно обязательно содержать достаточное количество углеводов, начиная с 3% и доходя постепенно до 5% и 10%. Белковое молоко дается в течение 6-ти недель.

Смесь Черни-Клейншмидта при терапии расстройств питания употребляется как последующая смесь за пахтаньем или кислым молоком (сперва совместно с ними). Схема F. по проф. Финкельштейну при лечении острых расстройств питания и интоксикациях: первые дни дается пахтанье, начиная с 10×10; количество пахтанья быстро повышается и через несколько дней (5—6) доводится до 100,0 на кило веса; затем начинают вводить кислое белковое молоко и доводят его количество также до 100,0 на кило веса; постепенно в дальнейшем

количество пахтанья уменьшают, заменяя его кислым белковым молоком и т. д.; в дальнейшем идет увеличение углеводов.

Нами были применяемы кислые смеси (кислое снятое молоко, кислое белковое молоко по Kern и Müller'y, смесь Kleinschmidtá) с соответствующим количеством углеводов при диспепсиях, при острых расстройствах питания, при интоксикациях, как прикорм у детей неидущих в весе и у недоносков, как самостоятельное кормление здорового грудного ребенка. Применялись нами кислые смеси в стационаре и в консультации. Результаты получались в обоих случаях удовлетворительные и зачастую хорошие.

IX) Несколько слов о физиологическом растворе в диэтетике детей грудного возраста: физиологический раствор и раствор Ringer'a применяются per os, внутрибрюшинно и подкожно. Первые внутрибрюшинные вливания были произведены Bleckfan'ом. Weinberg предлагает применять последний способ при интоксикации и декомпозиции. Внутрибрюшинное вливание рекомендуется делать только в случаях особой крайности. Физиологический раствор проще всего вводить per os в тех случаях, где это представляется возможным. Многие дети при расстройствах питания охотно берут физиологический раствор per os, предпочитая его чаю с сахарином (некоторые наши наблюдения: реб. В. Ч. при остром расстройстве питания; реб. К. при интоксикации; реб. Ш. Н. при кровавом поносе с интоксикацией. Вводилось нами до 300,0 prodie).

Реб. Г. Я. (Ребенок Дома грудного ребенка № 1): в период декомпозиции получает в июне 26 г. 3 раза внутрибрюшинное вливание физиологического раствора. Никаких побочных явлений. Ребенок жив по сие время.

X) Упомяну еще о трансфузиях крови при расстройстве питания по Scloof и Nassau и о введении питательных начал per. rectum.

В заключение разрешу себе привести небольшой материал из работы Иваново-Вознесенской Консультации в борьбе с расстройством питания детей грудного возраста. Применялось исключительно диэтическое лечение. Медикаментов не давалось, даже отсутствовала первоначальная дача ol. ricini. Терапия сводилась к устранению всех неправильностей ухода, к выдаче лечебных смесей и вообще к урегулированию питания. В подавляющем большинстве случаев при расстройствах питания с диспепсиями применялось кислое белковое молоко с углеводами и кислое снятое молоко с $1^1/_2{}^0/_0$ муки или же с дотацией к нему $3^0/_0$ сахара. Принимая во внимание характер консультац. работы с возможными ошибками наблюдения и учета, все же мы можем притти к общему выводу, что диэтическая терапия в ее новых формах дает большую гарантию на успех. Наш материал, касающийся 190 детей, собранный в хронологическом порядке (1924 и 1925 г. г.), распределяется следующим образом: 84 дистрофика, 11 атрофиков, острых и хронических диспепсий 87 и кровавых поносов—8.

Таблица 1

Продолжительность болезни детей по день выздоровления:

До 1-ой недели . .	65 детей	До 2-х месяцев . .	11 детей
До 2-х недель . .	42 „	До 3-х месяцев . .	2 „
До 3-х недель . .	27 „	Свыше 3-х м-цев . .	2 „
До 4-х недель . .	8 „	Неизвестно . .	13 „
До 6-ти недель . .	7 „	Ухудшений . .	13 „

Таблица 2.

Средняя прибыль детей в весе за день

(По первоначальному весу)

При первом посещении Консультац.	5,0	10,0	20,0	25,0	30,0	35,0	45,0	50,0
Свыше 2000	—	—	2	—	—	1	—	—
„ 2500	—	1	4	—	2	—	—	—
„ 3000	3	3	10	3	4	5	3	1
„ 4000	1	10	8	8	6	2	—	—
„ 5000	7	5	7	4	2	3	1	—
„ 6000	10	10	3	2	2	2	—	—
„ 7000	8	4	2	1	1	2	2	—
„ 8000	4	2	2	—	—	2	1	—
„ 9000	1	2	—	—	—	—	—	—
	34	37	38	15	16	17	6	1

Убыло в весе: 13.

Неизвестных: 13.

Таблица № 1 указывает, что большинство детей в течение 4-х недель поправилось. Ухудшений было 13. Неизвестных также 13.

Таблица № 2 показывает, что большинство детей прибыло в весе удовлетворительно. Убыло в весе 13. Неизвестных—13.

Вывод из приведенного обзора разрешу себе сделать следующий: диэтетика идет по правильному пути; достижения диэтетики в борьбе с расстройством питания детей грудного возраста имеются большие; получаемые результаты зачастую весьма хорошие; но в то же время необходимо отметить, что достижения последних лет являются только первыми шагами и микропедиатрии много еще придется проделать научной работы в этой области для окончательного закрепления своих достижений.

ЛИТЕРАТУРА:

1) Врачебная газета 1926 г.

2) Врачебное дело 1925 и 1926 г.

3) Казанский медицинский журнал 1926 г.

4) Врачебное Обозрение 1924 г.

5) Журнал по изучению раннего детского возраста (отчасти) 1923 и 1925 г.

6) *Маслов*—Основы учения о ребенке. 1926 г.

7) Langstein—Dystrophien und Durchfallskrankheiten im Säuglingsalter 1926 г.

8) Zentralblaft für die gesamte Kinderheilkunde Band XVIII und XIX 1925 и 1926 г.

9) Monatsschrift für Kinderheilkunde Band 31, 32, 33—1925 и 1926 г.

10) Клиника детских болезней 1926 г.

11) Die Ernährungsstörungen im Säuglingsa lter—Meyer und Nassau 1923 г.

12) Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie—Czerny und Keller 1923—1925 г.

13) Finkelstein Säuglingskrankheiten—Lehrbuch 1924 г.

14) Jahreskurse für aeztliche Fortbildung 1925 г. Heft 6.

Рефераты

Rabaut, Dubal et Rabeau (Париж). *Лечение керионов и некоторых трихофитических фолликулитов внутривенными вливаниями раствора* Lugol'я La Presse Medicale, Сентябрь 1927 г. № 78.

Авторы применяют раствор Lugol'я в дозах от 5 до 10 см³, разбавленных в 4 раза дестилированной водой или физиологическим раствором, чтобы избегнуть боли. Ин'екции в вену начинают со слабых доз и продолжают ежедневно или каждые 2-3 дня. Излечение получается в 15—20 дней от 12 вливаний в среднем. Этот способ лечения сильнее других и излечивал больных, которым уже безуспешно делали другие методы лечения. Самый лучший результат получается в острых формах.

Д-р С. А. Берман

R. Sabonrand. *Гнездная плешивость и гипертироидизм.* La Mèdecine, 1927, ноябрь, № 2.

Основываясь на своих наблюдениях, автор находит, что у лиц, имеющих alopecia areata головы и тела, имеются симптомы гипертироидизма, вне зависимости от сифилиса, наследственного или приобретенного. Автор заключает, что гнездная плешивость составляет часть болезни Basedow'a в той же самой степени, как и главные ее симптомы, как зоб, тахикардия и дрожание. Лечение иодом, когда нет других признаков кроме базедовизма, и гемато-этироидином, в противном случае, кажутся показанными. Дальнейшие наблюдения необходимы.

Д-р С. А. Берман

D-r Starobinsky.

Д-р Старобинский (Женева). *Дерматит пекарей.* Revue Fransaise de Dermatologie el de Vènèrèologie, 1927, № 12.

Автор приводит описание одного случая дерматита у пекаря, страдающего уже 3 года и которого лечили от экземы. Дерматит пекарей бывает не только у лиц, имеющих дело с мукой, тестом и сахарным песком, но и у лиц, работающих в атмосфере, насыщенной мучной пылью. Эта болезнь имеет большой интерес с точки зрения профессиональной медицины, т.-к. ее нужно и можно предотвратить. Болезнь начинается пузырьками и закупоркой потовых желез. Зуд сильный. Болезнь локализуется на ладонях рук и между пальцами одной или обеих рук и распространяется все дальше. и дальше. Потом появляются трещины и вторичные инфекции. В пузырьках нашли мицелий, сходный с дрожжами. Профилактика состоит в частом умывании рук и смазывании ссадин иодной настойкой или раствором ляписа. Эти же растворы применяются и для лечения.

Д-р С. А. Берман

D-rs Nicolas et Lebeuf. *Псориаз и туберкулез.* Annales Le Dermatologie et de Syphiligraphie. 1927, Ноябрь № 11.

Гипотеза о туберкулезной натуре чешуйчатого лишая была впервые высказана Poncet в 1891 г., потом Gaucher в 1909, затем Sabourand в 1922 г, и др. На основании наблюдения 54 псориатиков, авторы нашли у 18 из них, т. е. в 33% туберкулезные поражения, излеченные или развивающиеся, в общем нетяжелые (кроме 2-х случаев). Авторы нашли также туберкулезных предшественников по восходящей или боковой линии. Во всех случаях серо-диагностика на туберкулез была положительной. В 59% получился положительный результат с отклонением комплемента при антигене Безредка. Гипотеза о туберкулезной этиологии псориаза кажется, следовательно, логичной, если придавать значение анализам, но надо признаться, что в этой этиологии встречаются часто и другие факторы, требующие дальнейших исследований.

Д-р С. А. Берман

D-r Renault. *Будущее сифилитиков.* Le Monde Médical, 1927, № 718, ноябрь.

Несмотря на отсутствие точного критерия излечимости сифилиса (реакция Бордэ-Вассермана не всегда специфична), на появление поздних явлений у лиц, аккуратно лечившихся (случаи, правда, очень редкие) и на оспариваемость многих случаев реинфекции, маститый венеролог приходит к заключению, что сифилис излечим. Он считает вредным и недопустимым, чтобы некоторые специалисты допускали противные мнения среди своих больных, среди которых такое недоверие вызывает тревогу, халатное отношение к лечению, а также безбрачие, что все вместе взятое приведет к распространению сифилиса и к уменьшению населения.

Д-р С. А. Берман

Jausion, Pecker et Meersseman (Париж). *Новейшие данные о диагностике и лечении гонококковых артритов.* Revue Fransaise de Dermatologie et de Vènéréologie 1927, ноябрь. № 11.

Самыми распространенными формами являются: 1) гонококковая полиатральгия, болезненная, с лихорадкой и расстройством желудочно-кишечных путей, 2) гидартроз, или артрит с большим излиянием, одного или обоих колен, серо-фибринозным или гнойным (пиартроз), 3) артрит с периартритом псевдо-флегмонозным, поражающий особенно кисть руки или локоть, плечо, колено и под'ем ноги, 4) моно-артрит сухой поражающий мелкие сочленения, 5) пластическая анкилозирующая форма, поздняя, могущая быть следствием других форм и 6) коксит, сходный с туберкулезом, дающий раннюю мускульную атрофию, но без сопутствующих желез. При рентгенографии гонококковых остео-артритов. вначале видел остеопороз, без измнений промежуточной линии или эпифизарных неопродукции. Во время острой стадии, первый из этих признаков присущ туберкулезу, а второй сифилису. Пункция в острой форме даст нейтрофильный полинуклеоз, а в хронической—лимфо-мононуклеоз. Разные серологические реакции также способствуют установлению диагноза (Вассерман, Безредка и др.). Лечение вливаниями гонакрина дает прекрасные и быстрые результаты, при сохранении лечения уретральной гонорреи, массажами и втираниями болеутоляющих средств. Вакцинотерапия специфическая и неспецифическая, подкожно, внутримышечно и в сочленения (последнее болезненно) также дает успешные результаты. Серотерапия специфическая и неспецифическая (антименингококковая), протеино и аутогемотерапия также быстро и с успехом помогают при артритах. Автор советует особенно вливания гонакрина. Хирургические способы должны быть употребляемы редко и то после неудачи всех других способов.

Др. С. А. Берман

Dr. Cansard. *Лечение гонорреи соединением химио-и-протеинотерапии.* La Presse Médicale, 1927, Декабрь, № 104.

На основании своих наблюдений, автор делает следующие выводы: В начале гонорреи, микробы находятся на поверхности слизистой уретры, где их легко можно подвергнуть действию антисептических средств. В хронической форме болезни гонококки забираются вглубь слизистой и в железы, где их очень трудно подвергнуть местному лечению. Поэтому необходим общий метод лечения, который вызывает общую реакцию, Автор предлагает ин'екцию молока от 2 до 5 cm^3. и липоида серебра 2 кб. ст. Обе ин'екции должны быть сделаны одна за другой. Ин'екции делаются 2 и 3 раза и более в неделю. В случае неизлечения в 20 ин'екций, продолжаются ин'екции молока и заменяют серебро вакциной. Результаты стоят выше полученных от одной вакцинотерапии. Действие лечения сильное, как у мужчин, так и у женщин, при наличии или отсутствии осложнений. Хроническая форма у мужчин с фолликулитами или простатитами излечивалась без массажа, без рецидивов и скорее, чем при других способах лечения. Больные охотно подвергаются этому способу лечения, но к липоиду серебра надо прибавлять новакаин, т. к. он вызывает боль.

Др С. А. Берман

Лурье и Цвиткис. Zur Frage der Behandlung von parasitaren Erkranoungen der behaarten Teile des Kopfes mit thallium aceticum (к вопросу о лечении паразитарных заболеваний волосистой части головы при помощи Thallium aceticum).

Der motologische Wochenschrift 1927 г. № 44.

Материал авторов составляют 500 случаев, из коих 61,4% (307 сл.) приходится на возраст от 2—8 лет и 28% (149 случаев) на возраст 8—14 лет. Дозировка—8 mgr. на кило веса, в виде однократного приема. Обычно выпадение волос начиналось на 6—7 день, заканчивалось на 18—23 день. В 6% наблюдалось недостаточное выпадение волос. Отрастание волос начинается на 6—7 неделе после приема таллия, а через 17—18 недель состояние волос возвращается к норме, причем интересно, что волосы на больных местах отрастают последними.

Результаты: Из оставшихся под наблюдением 448 больных выздоровело 220 (49,2%). В 12,7% (57 сл.) наблюдались рецидивы. Остальные больные находятся еще под

наблюдением. Наилучшие результаты получаются, повидимому, при парше. В 39 случаях авторы комбинировали таллий с рентгенотерапией, но воздерживаются от выводов, считая срок наблюдения недостаточным.

Осложнения: 1) В 130 случаях боли в ногах, причем в 12 случаях эти боли держались 15—20 дней и появлялись приступами как днем, так и ночью, так что дети оставались в кроватях и постоянно кричали от боли. Все 12 случаев относятся к детям старше 10 лет.

2) Весьма часто наблюдались, желудочно-кишечные расстройства. Поносы наблюдались в 8 % всех случаев (24 раза), при чем начинались они обычно на 2—4 день. Однако они встречались и позже вплоть до 25 дня. 3 раза наблюдалось отхождение большого количества глистов. Один из этих случаев, начавшись на 6-ой день после приема таллия поносом, рвотой и болями в животе закончился *смертельно* на 12-ый день. *Второй смертный случай* заболел через 12 дней после приема таллия и погиб на 44-ый день болезни (Вскрытие—leptomeningitis serofibrinosa purulenta). Авторы отрицают связь этих случаев с дачей таллия (с чем однако в отношении первого случая согласиться трудно—*Рефер.*)

Желудочнокишечные расстройства наблюдались преимущественно у детей до 8 л.

3) В 13 случаях наблюдался кон'юнктивит.

4) В 2-х случаях имелась кратковременная (1—2 дня) задержка мочи.

5) У нескольких детей наблюдалось возбуждение, а в 3-х случаях—депрессия. 2 девочки находились несколько дней в сонливом состоянии, а также один 9-ти месячный ребенок с 14—20 дня после приема таллия.

6) 3 раза наблюдались лихеноидные сыпи.

Серьезные осложнения наблюдались всего в 59 случаях—10,1%.

В выводах авторы указывают, что таллию присущи токсические действия, которые однако преходящи. Результаты они считают вполне удовлетворительными, но упоминают все же о желательности видоизменения препаратов таллия в сторону уменьшения их токсичности.

С. К. Розенталь

Отчеты о деятельности мед. санучреждений и корреспонденций

Нарада сан. эпідаў саюзных рэспублік

Д-р З. К. Магілеўчык

З 15 па 18 студзеня 1928 г. у г. Тыфлісе (сталіца Грузіі і асяродак Закаўкаскіх Рэспублік) адбылася чарговая нарада Сан. Эпідаў НКАЗ Саюзных Рэспублік. У нарадзе прынялі ўдзел усе Саюзныя Рэспублікі.

Асноўнымі пытаньнямі нарады зьяўляліся:

1. Інфармацыйныя даклады аб санітарнай дзейнасьці і санітарным становішчы Рэспублік.

2. Падрыхтоўка да XI Усесаюзнага Зьезду бактэрыолёгаў, эпідэміолёгаў і санітарных дактароў.

3. Аб эпідэмічных паведамленьнях (формы, правілы і г. д.) у сувязі з выкананьнем абавязкаў, ускладаемых на НКАЗ Саюзных Рэспублік Міжнароднай Санітарнай Канвэнцыяй 1926 г.

4. Агульна-саюзныя заканадаўствы ў галіне прамысловага будаўніцтва.

Апрача асноўнага парадку нарады, па прапанове Грузіі, унесены дадаткова і абмеркаваны наступныя пытаньні: а) падрыхтоўка да Ўсесаюзнага Тубэркулёзнага Зьезду, б) аб санітарных зборах у партох СССР у сувязі з Канвэнцыяй 1926 г. і в) аб адчыненьні лепразорыуму ў Закаўказьзі.

Паводле інфармацыйных дакладаў ад кожнае Рэспублікі можна ў аснове адзначыць, што санітарная арганізацыя за мінулы год параўнаўча вырасла, дзейнасьць яе шырыцца і санітарнае становішча ўсяго СССР у параўнаньні з мінулым палепшылася.

Тэмп росту і разьвіцьця санітарнае справы і палепшаньне санітарнага дабрабыту асобных Рэспублік шчыльна зьвязана з аб'ектыўнымі ўмовамі Савецкага будаўніцтва і культурна-эканамічным станам іх, які вынікае з гісторыі мінулага і, у прыватнасьці, з выдаткамі на санітарную справу.

Недастача сродкаў на санітарную справу, у прыватнасьці нізкая аплата санітарных дактароў, і цяжкія аб'ектыўныя ўмовы ў самой працы зьяўляюцца перашкодай пасьпешнага разьвіцьця санарганізацыі і папаўненьня яе адпаведнымі кваліфікаванымі работнікамі, асабліва гэта датыча ўскраінных Рэспублік.

Санітарнае становішча ўсяго СССР хоць і палепшана ў параўнаньні з мінулым, але не ўяўляе яшчэ сабой санітарнага дабрабыту і вымагае ад санітарных органаў бязупыннае і сыстэматычнае дзейнасьці, якая з кожным годам павінна ўдасканаляцца, паглыбляцца і шырыцца, адпаведна росту агульна-савецкага будаўніцтва.

Эпідэмічнасьць і сацыяльна-бытавыя хваробы слаба зьмяншаюцца, маючы пры гэтым па ўсяму СССР рознастойны характар, у залежнасьці ад нацыянальна-бытавых асаблівасьцяй, натуральных фактараў, гісторыі мінулага асобных рэспублік і г. д. Напрыклад, у Закаўкаскіх Рэспубліках увесь час асноўнай задачай зьяўляецца змаганьне з трасцай, у Туркменістане і Узьбекістана—таксама з трасцай і шэрагам спэцыфічных трапічных (пэндзінка, рышта, чума і інш.) і бытавых хвароб. Асобна ў Узьбекістане востра стаіць пытаньне—змаганьне з воспай (52% усяго насельніцтва прышчэпленых) і наркаманій. У БССР змаганьне з тыфусамі і сухотамі. У РСФСР і УССР—таксама ў шмат якіх мейсцах, больш адсталых у мінулым, адзначаецца спэцыфічнасьць па эпідэмічных і сацыяльна-бытавых хваробах.

У інфармацыйных дакладах, а таксама і ў спрэчках, закрануты былі ўсе віды санітарнай дзейнасьці, асабліва па змаганьні з эпідэміямі, санітарнаму заканадаўству, камунальнай санітарыі (кватэрнае будаўніцтва, дабрабыт залюдненых мейсц, будаўніцтва лазьняў), па прамыслова-санітарнаму нагляду і па санітарнай ахове сухаземных і марскіх граніц.

У выніку інфармацыйных дакладаў і спрэчак у наступнай дзейнасьці Сан. Эпідаў нарадай у аснове вызначана наступнае:

а) Узмацніць супроцьэпідэмічныя мерапрыемствы, для чаго ўжыць усе меры для павялічэньня эпідфонду як па мясцоваму, так і дзяржаўнаму каштарысу, асабліва ў Рэспубліках з больш значнай эпідэмічнасьцю і нязначнымі выдаткамі на гэту справу.

б) У пяцігадовых плянах НКАЗ прадугледзіць штогодняе павялічэньне процанту ўдзелу выдаткаў на санітарную справу ў агульным каштарысе НКАЗ.

в) Разьвіць дзейнасьць НКАЗ Саюзных Рэспублік па санітарнаму заканадаўству, у прыватнасьці: аб санітарных органах, нормах санітарнай сеці, аб змаганьні з эпідэміямі, а таксама заканадаўства па санітарнаму рэгуляваньню іншых галін савецкага будаўніцтва (кватэрнае і прамысловае будаўніцтва, дабрабыт залюдненых мейсц і інш).

г) Па прыкладу РСФСР, нарада выказалася за неабходнасьць перагляду іншымі Рэспублікамі законаў аб санітарных органах у кірунку пашырэньня праў санітарнага нагляду і норм пабудовы сеці санітарных органаў.

д) Прымаючы пад увагу вопыт УССР у працы Сан. Тэх. Саветаў,—нарада прызнала мэтазгодным арганізацыю іх у іншых Рэспубліках.

е) У мэтах шырокай профіляктыкі неабходна пяцігадовыя пляны мерапрыемстваў, маючых агульна-санітарнае значэньне і правадзімых па лініі іншых установ і арганізацый, увязаць з задачамі НКАЗ і арганізацыйна забясьпечыць у іх уплыў органаў аховы здароўя.

ж) Ужыць меры ў кірунку палепшаньня матар'яльнага становішча санітарных работнікаў і палепшаньня ўмоў працы (транспарт, нормы абслугоўваньня і г. д.).

з) Паставіць пытаньне перад адпаведнымі органамі аб арганізацыі ў Саюзе вытворчасьці дэзкамер.

Апрача гэтага, па асобных Рэспубліках вызначана шэраг дадатковых заўваг і прапазыцый, як напрыклад: у Закаўкаскіх Рэспубліках, Узьбекістане і Туркменістане неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу на змаганьне з трасцай, з воспай—(Туркменістан), у БССР—на змаганьне з тыфусамі, на павялічэньне выдаткаў на санітарную справу. Для ўсіх ускраінных Рэспублік пастаўлена задача санітарнай аховы граніц. Пашырэньне санітарна-дасьледчае працы, укамплектаваньне санітарнае

арганізацыі, пашырэньне санітарна-асьветнае працы на нацыянальных мовах і інш. у ўскраінных Рэспубліках таксама складае надалей важную задачу.

У нацыянальных рэспубліках ёсьць яшчэ важная задача—аздараўленьне спэцыфічных бытавых умоў асобных нацыянальнасьцяй, якія ў розных рэспубліках, маючы свае асаблівасьці, па рознаму адбіваюцца на здароўі насельніцтва і агульным санітарным дабрабыце залюдненых месц.

Адносна скліканьня XI Усесаюзнага Зьезду,—вызначана склікаць яго ў маі м-цы ў Ленінградзе. Канчатковы тэрмін скліканьня і дасканальнае вызначэньне праграмы Зьезду будзе вырашана Орг. Бюро, якое ў хуткім часе мае быць склікана ў Маскве. Украіна выказалася за тэрмін скліканьня Зьезду ў 1929 годзе, грунтуючыся на тым, што быў малы міжзьездны пярыяд і не пасьпелі яшчэ рэалізаваць пастаноў мінулага зьезду. Прадстаўнікі іншых Рэспублік выказаліся за тэрмін скліканьня ў 1928 годзе, з прычыны таго, што апрача чыста навуковых пытаньняў, ёсьць шэраг пытаньняў арганізацыйнага парадку, якія павінны быць вырашаны Зьездам. Апрача гэтага для скліканьня Зьезду ў 1928 годзе ёсьць дырэктывы мінулага Зьезду. Асноўнай хібай па справе скліканьня XI Усесаюзнага Зьезду зьявілася тое, што да гэтага часу не пачало працу Орг. Бюро.

Па пытаньні прамысловага і рабоча-кватэрнага будаўніцтва ўсімі адзначана, што ўдзел і ўплыў у гэтай галіне органаў аховы здароўя нездавальняючы. Саюзнае заканадаўства часта прыходзіць без належнага ўдзелу НКАЗ Саюзных Рэспублік, з прычыны чаго часта не прадугледжваюцца патрэбныя заўвагі санітарнага рэгуляваньня—аднэй з важных галін савецкага будаўніцтва.

Міжведамственныя недарэчнасьці НКАЗ з НКП па справе прамыслова-санітарнага нагляду, адбіваюцца направільнай пастаноўцы яго. Зараз НКАЗ усіх Саюзных Рэспублік, па прыкладу УССР, мусіць паставіць пытаньне ў адпаведных вышэйшых органах аб арганізацыі прамыслова-санітарнага нагляду поўнасьцю па лініі НКАЗ. Гэта і будзе правільнай і рацыянальнай пастаноўкай справы прамыслова-санітарнага нагляду, з якім НКАЗ з значна мацнейшай санорганізацыяй за Санінспэкцыі НКП і з сваімі навукова-дасьледчымі ўстановамі справіцца ў большай меры, чым-ся зараз НКП, выконваючы пры гэтым усе патрэбы апошняга. Апрача гэтага, падобная форма арганізацыі будзе поўнасьцю адбіваць сабою строй савецкай мэдыцыны. Па гэтаму пытаньню была поўная згода ўсіх удзельнікаў нарады.

Адносна ўдзелу НКЗА у тэхнічным камітэце пры ВСНГ СССР пры разглядзе праэктаў прамысловага будаўніцтва, згодна пастановы СНК СССР, нарада выказалась за неабходнасьць абавязковага прадстаўніцтва НКЗА кожнай Саюзнай Рэспубліцы ў часе разгляду праэктаў, якія тэрыторыяльна іх датычаць. Гэты погляд зьявіўся на падставе таго, што кожная Рэспубліка больш ведае варункі сваёй Рэспублікі. У выпадках немагчымасьці прадстаўніцтва, падобныя прадстаўніцтвы даручаюцца НКАЗ РСФСР, па прыкладу БССР. Наогул, па справе прамысловага будаўніцтва нарада выказалася, што на даную галіну Савецкага будаўніцтва санорганы павінны зьвярнуць асаблівую ўвагу і ўжыць усе захады ў напрамку санітарнага рэгуляваньня яго заканадаўчым парадкам і шляхам міжведамственай згоды з ВСНГ, НКП і НКУС.

Адносна формы і правілаў эпідэмічных паведамленьняў, згодна міжнароднай санітарнай канвенцыі 1926 году, нарадай па дакладу тав. Сланеўскага (РСФСР) разгледжаны адпаведныя праэкты

і ўнесены некаторыя заўвагі. Засталося пакуль што не ясным, што лічыць (колькі выпадкаў) эпідэміяй плямістага і зваротнага тыфусаў. Гэта пытаньне павінна быць вырашана кожнай Рэспублікай паасобна прымаючы пад увагу об'ектыўныя мясцовыя ўмовы і характар руху эпідэмічнасьці некалькіх апошніх год.

Па інфармацыі Грузіі нарада выказалася: а) адносна тубэркулёзнага зьезду,—санітарная організацыя павінна прыняць шчыльны ўдзел у ім, пры чым павінна быць прадугледжана, каб ня было перашкод у гэтым, разам з скліканьнем санітарнага зьезду; б) адносна санітарных збораў у партох—неабходна ўжыць усе меры каб наладзіць гэту справу і паставіць на належную вышыню санітарную ахову марскіх граніц в) па справе адчыненьня лепразорыуму ў Закаўказьзі нарада выказалася, што гэта ўстанова для Закаўказьзя, прымаючы пад увагу лік хворых на гэту хваробу і ўмовы распасюджваньня яе, зьяўляецца патрэбнай.

Па свайму зьместу нарада мела пераважна арганізацыйны характар. Тэмп савецкага будаўніцтва і разьвіцьця народнай гаспадаркі і прамысловасьці ўвесь час высоўваюць перад санітарнай організацыяй новыя задачы і вымагаюць удасканаленьня форм санітарнай дзейнасьці. У большай меры і ўсебакова ўзьнікаючыя на месцы пытаньні вырашаюцца на падобных нарадах, прымаючы пад увагу вопыт і шляхі санітарнай дзейнасьці кожнай Рэспублікі.

Урэшце трэба адзначыць, што НКАЗ Грузіі прыхільна спаткаў дэлегатаў нарады ад іншых Рэспублік і стварыў спрыяючыя ўмовы ў часе пражываньня і працы. Удзельнікі нарады, у часе перапынак у працы, агледзілі санітарна-профіляктычныя ўстановы, пазнаёміліся з жыцьцём гораду, агледзілі ЗАГЭС—асноўны фактар разьвіцьця прамысловасьці, эканомікі і дабрабыту Грузіі.

Состояние лечебно-санитарного дела на Белорусском отрезке Московско-Белорусско-Балтийской жел. дор. к 10-летию Октября

Д-р И. Н. Кудринский

Состояние лечебно-санитарного дела на Белорусской части Московско-Белорусско-Балтийской ж. д., проходящей по Оршанскому, Минскому, Могилевскому, Борисовскому, Витебскому и Полоцкому Округам, до 1917 г. выражалось в следующем:

Врачебных участков было 9 с 9 врачами и 18 лицами среднего медперсонала, лекпомов и акушерок; фельдшерских пунктов было 5. Лечение рабочих проводилось, главным образом, фельдшерами; медпомощь на линии и на дому больным почти исключительно оказывалась ими же, врачи существовали только для начальства и для выдачи бюллетеней рабочим и служащим. Рабочие обращались за помощью к частным врачам и тратили на это последние трудовые гроши. И это понятно, так как специализированной помощи не было и в помине. Ни одного специалиста врача по отдельным медицинским специальностям и даже ни одного зубного врача на линии не было.

Вся санитарно-профилактическая работа по линии выражалась в производстве дезинфекций при остро-заразных заболеваниях среди рабочих и служащих; какой-либо плановой предупредительной работы даже в этом направлении не было, каких-либо особых органов, на обязанности которых лежала бы планомерная и разносторонняя санитарно-профилактическая работа по линии, не было и в помине.

Из больниц в 1914 г. была закончена постройкой Минская больница, но она с самого начала, с возникновением мировой войны, была обращена в военный госпиталь.

Что мы имеем теперь к 10-летию Октября по Белорусской части Московско-Белорусско-Балтийской жел. дор.?

Лечебная помощь оказывается 39 врачами, среди которых на более крупных узлах имеются квалифицированные специалисты; зубоврачебная помощь оказывается 12 зубными врачами, средний медперсонал состоит из 87 чел. Фельдшерские пункты все ликвидированы, вместо них организованы врачебные участки и пункты. В пределах линии функционируют 4 благоустроенных больницы: (Минская, Витебская, Могилевская и Полоцкая) на 220 коек; при больницах имеются специальные отделения—терапевтическое, хирургическое и гинекологическое; в некоторых больницах работают в качестве консультантов крупные местные специалисты-профессора.

Лекарственная помощь оказывалась теми же „фершалами"; квалифицированных фармацевтов не было ни одного; в настоящее время при крупных участковых аптеках работают 19 квалифицированных фармацевтов.

В области санитарно-профилактической—организованы 3 санитарных района (Минск, Витебск, Могилев) с особыми санврачами, при которых состоит 11 чел. сандезперсонала, 3 подвижных вагона-дезокамеры, проводящих плановую предупредительную дезинфекцию по линии; при санврачах организованы санитарно-просветительные библиотеки. Область санитарно-просветительной работы представляла до 1917 г. пустое место; теперь все врачи линии проводят, по возможности, санпросвет работу и все уголки линии обслуживаются периодически всеми 4 подвижными выставками Здравотдела. Все учреждения линии снабжаются периодически издаваемой санитарно-просветительной газетой „На страже здоровья".

На четырех пунктах (Могилев, Витебск, Минск и Полоцк) работают районные врачи Охраны здоровья детей, которые обслуживают все детучреждения и все вообще организованное детство по линии; на ст. Витебск открыт педологический кабинет; при всех врачах ОЗД имеются санитарно-педологические библиотеки для проведения санитарно-просветительной работы среди учащихся, педагогического персонала и родителей. При всех детучреждениях организованы санкомы, которые не только следят за санитарным состоянием своих учреждений, но переносят получаемые ими санитарно-гигиенические навыки в свои семьи. В летнее время для детей были организованы в наиболее важных пунктах детские площадки.

Имеются ли достижения в постановке лечебно-санитарного дела?

Несомненно имеются и весьма значительные, но имеются еще и серьезные дефекты, особенно в области лечебно-профилактической и санитарно-просветительной работы. Профилактических учреждений очень мало, необходимо работу в этом направлении значительно усилить. Главнейшее препятствие здесь—отсутствие необходимых помещений. Местные организации должны приложить все усилия к подысканию помещений для профилактических учреждений. Санитарно-просветительную работу по линии необходимо усилить, оживить, вовлекая в нее всю врачебную массу. И в этом направлении местные профорганизации должны притти на помощь врачам в организационной части этой работы.

Необходимо усилить по линии больничное строительство, путем устройства, новых больниц и расширением приемных покоев. Эта работа включена в пятилетний план работы Дорздравотдела.

При помощи самих рабочих и их организаций Здравотдел надеется устранить указанные дефекты в постановке дела Здравоохранения по линии.

Основные достижения—продвижение лечебно-профилактической помощи в самую гущу рабочей массы и повышение квалификации этой помощи мы будем развивать и углублять по мере реальных возможностей, а рабочие массы, памятуя лозунг Советской медицины „охрана здоровья трудящихся—есть дело самих трудящихся"—должны нам всемерно в этом помогать.

Прилагаемая табличка рисует положение дела до 1917 года и в 1927 году.

Лечебная организация по Московско-Белорусско-Балтийской жел. дор. в пределах БССР

Медперсонал / Санлечучреждения	Врачей		Зубврачей		Сред. медпер.		Фармацевт.	
	1917 г.	1927 г.	1917 г.	1927 г.	1917 г.	1927 г.	1917 г.	1927 г.
Орша	1	5	0	2	2	5	0	4
Красное	0	1	0	0	2	1	0	0
Славное	0	1	0	1/2	2	2	0	0
Минск	2	10 1/2	0	2	4	33	0	5
Рудня	0	1	0	0	2	1	0	0
Полоцк	2	3	0	1	4	11	0	2
Рогачев	0	1	0	0	1	0	0	0
Дрисса	0	1	0	1/2	1	1	0	0
Витебск	2	10	0	2	4	23	0	5
Могилев	1	3	0	1	2	7	0	2
Борисов	1	2	0	1	2	2	0	1
Негорелое	0	1	0	1[1]	0	1	0	0

Санитарная организация по Московско-Белорусско-Балтийской железной дороге в пределах БССР.

Год	Санит. врач.	Средн. медпер.	Дезо-камер	Санбиблиот.	Врачей ОЗД	Детск. оздоров. площ.	Санпр. выставок
1917	0	9	0	0	0	0	0
1927	3	11	3	7	4	4	4

---

[1]) Включен в смету

Санорганизация Полоцкого округа

В. П. Родкин

Санорганизация в гор. Полоцке, как и во всей Белоруссии, является еще организацией молодой и не окрепшей. Это в равной мере относится как ко всей организации, как таковой, так в большинстве своем и к личному ея составу. Безусловно, это не может не сказаться на всей постановке работы санитарной организации.

Полоцкая Инспектура Здравоохранения располагает всего двумя санитарными врачами; оба районные. Должность городского санитарного врача с 1-го марта остается до сих пор вакантной. На работу в городе все время использовывались районные санврачи, в обязанность которых, кроме этого, входило, конечно, и обслуживание 9 районов. Такое положение создает разбросанность в работе и не дает возможности планового и сосредоточенного изучения санитарного состояния как на районе, так и в городе. В течение истекшего года было проделано 26 выездов в разные районы, по разным вопросам, одновременно производилась работа и в городе. Ясно, что при таком большом радиусе обслуживания и такой нагрузке районного санитарного врача, работа которого в таких условиях, главным образом, заключалась в экстренных выездах в эпидемические очаги, будут встречаться 2 основных недостатка: поверхностность наблюдения и невозможность проведения практических мероприятий. Это в свою очередь действует отталкивающе на работника, ибо большинство мероприятий в деревне пока что наталкиваются как на хладнокровный скептитизм районных властей, так на бедность и некультурность сельского населения. Оставляя в стороне вопрос о районных санитарных врачах, так как, по нашему мнению, в наших условиях их необходимость является бесспорной, нельзя, безусловно, считать нормальным отсутствие городского санитарного врача.

Санитарные врачи прошли специальную подготовку на курсах по усовершенствованию при санитарно-бактериологическом институте в г. Минске. Это дало возможность поставить работу в лаборатории (исследования хлеба и воды, конфект, пряников, молока и т. д.). В этом отношении курсы себя оправдали.

За то на каждом шагу, особенно при участии в разных строительных комиссиях (а к этому мы стремимся!), чувствуется недостаток подготовки санитарных врачей в коммунальной и пищевой санитарии. Это ведет к подрыву авторитета как отдельных работников, так и всей санорганизации, результаты чего сказываются в работе. Чтобы этого избежать, все санитарные врачи должны получить возможность усовершенствоваться в течение 1—2 лет при специальных санитарно-гигиенических Институтах (в центре) по тому или иному уклону.

До сих пор еще санорганизация не чувствует под собою твердого правового базиса. Это ведет к тому, что к мнению санитарных работников прислушиваются только в тех случаях, когда это не идет в раз-

рез с интересами того или иного учреждения, ибо в противном случае с ним можно и не посчитаться, его можно легко игнорировать. Такая „наплевательская“ точка зрения и непонимание задач санитарной организации, в частности, наблюдается как со стороны Комхоза и ЦРК, так даже подчас и со стороны Горсовета, который, казалось-бы, должен быть заинтересован как раз в обратном. Потому и наблюдаются такие факты, когда Горсовет принимает решения санитарного характера без ведома санорганизации. Примером может послужить перемещение стоянки извозчиков в центр города к рынку, несмотря на то, что об этом имелось постановление секции Здравоохранения, того же Горсовета как раз в обратном. Настойчивыми усилиями санорганизации удалось добиться издания обязательного постановления, где имеется и пункт о предупредительном санитарном надзоре. Как раз последний грубее всего нарушается со стороны ЦРК, К-та взаимопомощи и Коммунального Отдела. Составлением же протоколов можно добиться очень немногого, когда то или иное предприятие уже функционирует. Упорнее всего от совместной работы отказывается Комхоз, не смотря на „неприличную“ навязчивость санорганизации. До сих пор не было выделено ни одной квартиры по акту санитарных врачей; распределение квартир во вновь отремонтированных домах производилось без участия санитарных работников, так как, по мнению участников комиссии, „*мы решили что можно и без Вас обойтись*“. В этих же домах были заселены квартиры, которые по указанию санврача, участвовавшего в комиссии по приемке домов, могли быть заселены только после основательной просушки и проветривания. При проверке оказалось, что эти квартиры были заселены одновременно со всеми, при чем, во вселенных семьях имелись и малые дети.

Исходя из сказанного ясно, что дальнейшая успешная работа мыслима только упрочением правового положения всей санорганизации, путем издания соответствующих законоположений в центре. Недостаточно дать санитарному врачу право входа для осмотра и составления актов во все государственные, кооперативные и частные предприятия. Необходима тесная увязка работы санитарной организации с Горсоветом, Комхозом, ЦРК и другими государственными и общественными организациями. Не должно быть правомочным ни одно постановление и мероприятие, могущее иметь общественно-санитарное значение, если в проведении его не участвует санорганизация.

Отрицательно сказывается на работе районных санитарных врачей недостаточность раз‘ездных средств и отсутствие командировочных—(отпускается только 10 рублей в месяц на оплату фактических расходов). В работе это сказывается необходимостью сокращать число выездов до минимума. Отсутствие командировочных в условиях, когда районный санитарный врач фактически является не районным, а окружным,—ведет к тому, что каждая поездка ложится тяжелым бременем на скудный и без того бюджет санитарного врача. Законом воспрещается санитарным врачам иметь совместительства по лечебной линии. Это, однако, не мешает распределению профилактических должностей между лицами, по санитарии не работавшими и несчитающими себя к тому призванными. До сих пор еще существует взгляд на должность по санитарии, либо, как на дотацию для того или иного спеца, либо, как на пособие для безработных врачей. Вопрос должен быть разрешен в том смысле, что всякое совместительство по профилактической линии должно быть использовано для поднятия материального благосостояния санитарных врачей, ибо вопросы самоусовершенствования теснейшим образом с этим связаны (возможность приоб-

ретения пособий, выписки журналов и т. п.), — „Быт определяет сознание".

Научно-исследовательская работа санитарной организации (а только в ней и лежит залог успеха в будущем!) может быть плодотворной только при хорошо оборудованной санитарно-гигиенической лаборатории и при наличии соответствующего штата. В Полоцке к такой планомерной исследовательской работе приступлено с весны истекшего года, но развить ее до желаемых размеров все же не удается. Мешает отсутствие подходящего для гигиенической лаборатории помещения (санитарные анализы производятся на одном столе с клиническими); для некоторых анализов недостает оборудования. Все это ведет к тому, что всю работу приходится приспосабливать к наличным возможностям, а таковые, к сожалению, были довольно ограничены.

Из практики хирургического отделения Червенской районной больницы за 1927 г.

Зав. Хирургическим отделением

Д-р А. Н. Либер

Хирургическое отделение больницы расчитано на 20 коек. Работа проводилась двумя врачами, одним лекпомом и 4 сестрами. Операции производились по понедельникам, средам и пятницам. Экстренные—по мере поступления.

За год прошло больных 427. Проведено ими койко-дней 5587. В среднем на одного больного приходится 13 койко-дней. Операций и оперативных пособий произведено 405, из них стационарным больным 347, амбулаторным 58.

Больные и произведенные им операции распределяются следующим порядком:

на желудке, кишечнике и брюшине:

Непроходимость кишек	6;	оперировано 2
Гангрена кишек вследствие ущемления	1;	оперирован
Инвагинация кишек . .	1;	самопроизвольная дезинвагинация
Рак толстых кишек . .	1;	оперирован
Рак слепой кишки . .	1;	
Рак желудка	4;	оперировано 2
Язва желудка	3;	оперирован 1
Ранение желудка . . .	1;	оперирован
Ранение брыжжейки тонкой кишки вблизи аорты	1;	оперирован
Ранение живота с выпадением кишек и сальника	1;	оперирован
Рак прямой кишки . .	1;	
Выпадение прямой кишки	1;	
Межкишечный нарыв . .	1;	оперирован
Аппендицит	4;	оперирован 1
Туберкулезный перитонит	2;	
Разлитой перитонит вследствие ранения . .	1;	оперирован
Геморрой	2;	оперирован 1
Всех больных . . .	32	операций 14

Смертных случаев среди этой группы больных было 10.

Заслуживает внимания случай инвагинации кишек, закончившийся самопроизвольной дезинвагинацией.

У больной с гангреной кишек пришлось резицировать около аршина кишки; случай закончился благополучно.

При раке толстых кишек ввиду тяжелого состояния больного пришлось ограничиться энтероанастамозом.

Из больных с непроходимостью кишек 2 были оперированы, в 3-х случаях, благодаря своевременно принятым консервативным мероприятиям, исход был хорошим и без оперативного вмешательства; 6-й больной был доставлен в больницу в очень тяжелом состоянии, без пульса, с явлениями перетонита, а потому мы от операции отказались, так как она не спасла бы больного.

Грыжесечения

Паховых свободных . . .	18
Паховых ущемленных . .	1
Бедреных свободных . .	1
Бедре ых ущемленных . .	2
Всего	22

Грыжесечения производились по способу Жерара и лишь в исключительных случаях по Бассини. Смертных случаев был 1 (у 70-ти летней старухи, которая была доставлена в больницу через 4 дня после начала ущемления с явлениями перитонита).

На мочеполовой системе

Водянка яичка	2;	оперирован 1
Парафимоз	2;	оперировано 2
Фимоз	1;	оперирован
Абсцесс простаты	3;	оперировано 2
Гипертрофия простаты . .	2:	
Орхит	2;	оперировано 2
Больных	12	оперировано 8

Гинекологические

Внематочная беременность	2;	оперировано 2
Киста яичника	1;	оперирована
Миома матки	1;	
Рак матки	1;	выскаблив. раков. масс
Выпадение матки	6;	оперировано 4
Разрыв промежности с выпадением стенок влагалища	2;	оперировано 2
Параметрит	4;	оперирован 1
Хроническ. сальпингоофорит	5;	консервативн. лечение
Эндометриты с показаниями к аборту	86;	выскабливаний 86
Больных . . .	108;	оперировано 97

Смертных случаев не было

Больные с выпадением матки были оперированы по способу Жиллиама и Черни в зависимости от случая. Среди этой группы больных обращают на себя внимание две больные с внематочной беременностью, которые были доставлены в больницу в бессознательном и тяжелом состоянии, без пульса, им пришлось все время давать кислород; обе больные сейча же были оперированы; после операции обе поправились.

Заболевания дыхательных путей и плевры

Гнойный плеврит	8;	оперировано 5
Абсцесс легкого	1;	оперирован
Ранение легкого	1;	консервативное лечение
Больных	10;	операций 6

Смертных случаев не было

Абсцесс легкого был оперирован 2-х моментным способом и закончился благополучно.

Операции на костях

Переломы	39; гипсовые повязки и вытяжения
Гнойные остэомиэлиты .	14; оперировано 12
Ранение черепа . . .	2;
Туберкулезное воспаление суставов . . .	10; консервативное лечение
Гнойное воспален. суставов	8; оперировано 8
Вывихи	6; вправление
Спондилиты	4; консервативное лечение
Гангрена пальцев . . .	2; ампутаций 2
Гангрена конечностей . .	1; ампутация
Периоститы	2; консервативное лечение

Всего больных 88; операций 23; оперативных пособий 56

Смертных случаев было 2.

(1 после открытого перелома бедра, осложнившегося сепсисом; другой у старика после ампутации по поводу септической гангрены ноги).

Операции на лице

Рак века . . .	1; оперирован
Рак щеки . . .	1; оперирован
Рак губы . . .	1; оперирован
Заячья губа . .	1; оперирован
Киста гайморовой полости . .	1; оперирован

Больных . 5; операций 5

Разные

Различные гнойные процессы	156; оперировано 123
Ожоги	9;
Отморожения	4;
Пиэмия	1; о ерирован
Гнойные псоиты	3; оперирован 1
Туберкулезные псоиты	1;
Доброкачественные опухоли	28; оперировано 28
Инородные тела в различных частях тела	8; оперировано 8
Не вошедшие в номенклатуру	18; оперировано 13

Больных . . . . 228; оперировано 174

Смертью закончился один случай флегмоны стопы, осложнившийся эмболией легочной артерии.

Нагноение швов в среднем доходило до 5%. При гнойных операциях применялись дренажи и тампоны, широко применялся риваноль.

При полостных операциях тампоны и дренажи применялись редко, в большинстве случаев приходилось прибегать к дренажикам под кожу.

Смертных случаев за год в хирургическом отделении было 14, что составляет по отношению ко всему числу больных 3,3%, смертных случаев после операций было 8.

О работе Научного кружка Врачей при Витокр-отделении Союза МСТ

Научный кружок при Союзе Медсантруд в Витебске, хотя формально существует два года, но свою более или менее правильную работу проводит всего один год. Работа кружка, будучи до этого времени разрозненной, выявляясь перед массой врачей в случайных докладах большей частью отчетного характера (о Всесоюзных С'ездах, отчеты по учреждениям и проч.), с октября 1926 г. вводится в известные организационные формы—научные конференции по лечебным учреждениям, секции по специальностям, общие собрания—и становится более регулярной. Круг врачей, принимающих в ней активное участие, хотя и малый в отношении к общему числу имеющихся в городе 175 врачей, больший однако по сравнению с прошлыми годами. Тяга врачебной массы к вопросам научного характера и своего усовершенствования также велика, как и по всему нашему Союзу. К сожалению, возможности пока все еще незначительные. Витебск, имевший в дореволюционное время очень небольшую медицину—и по количеству врачей и леч.-сан. учреждений и по охвату всякого вида медицинской помощью населения—хотя и огромно вырос за последние годы в этом отношении, тем не менее в клинической постановке работы еще достаточно слаб.

В значительной степени виною этому та чрезмерная перегруженность леч.-сан. учреждений повседневной практической работой, которая буквально захлестывает и учреждения, и работающих в них врачей. Здравотдел, хотя и ассигнует на эти цели известные суммы, но они недостаточны не только для ведения научно-исследовательской работы, разработки большого статистического материала, накопившегося по лечсанучреждениям, изучения проф. заболеваемости и проч., но и не дают возможности организовать библиотеку и читальню в том виде, как она необходима для научной работы. У Союза средств таких также не имеется. Надо принять во внимание, что громадное число врачей, помимо своей перегруженности, не имеет ни материальных средств на обзаведение собственной литературой, ни подходящей жилищной обстановки для работы. Правление Союза, заслушавшее недавно отчет Бюро Научного кружка, обещало свое содействие и уже приняло кое-какие шаги в направлении улучшения этого дела. Здравотдел отвел и оборудовал комнату под мед. читальню. Надо однако сказать, что многие врачи не проявляют достаточного интереса к тому, чтобы продвинуть свои знания и опыт в массу врачей, поработать и поделиться с последними. Не использованы, а в большинстве плохо использованы, те возможности, которые даже имеются налицо. Те задания, которые были предложены Бюро Научного кружка некоторым секциям, до сих пор не выполнены, а между тем задания эти исходили из витебских возможностей. Некоторые малочисленные секции работают интенсивно и полезно, наряду с ними секции, хорошо представленные и квалифицированной силой, и научным материалом, не проявляют никакой деятельности.

Все это вместе взятое дает малую возможность руководящей направляющей работы. Несмотря на эти малые возможности, Научный кружок выдвинул на общее свое собрание следующие доклады:

Д-р Шейнин—„О гемолитической желтухе"

„ Беккер и Скобло—„О пароксизмальной гемоглобинурии"

„ Вольшенок—„Angina pectoris"

„ Зильберман—„О детских судорогах", 2 доклада.

„ Петров—„1000 хирургических случаев в свете социальной патологии".

Д-р Ривош—„Менструация—анатомия и физиология".

„ Окунев—„Семь случаев Кесарева сечения".

Он же—„Искусственный аборт в цифрах".

Д-р Листмангоф—„Проблема скарлатины".

А. А. Кронберг—„Морфология и физиология лейкоцитов", 2 доклада.

Д-р Митрошенко „Гемограмма Шиллинга и ее клиническое значение при туберкулезе".

Он же—„Этиология гриппа".

Д-р Закин—„О задачах профилактической медицины".

Он же—„О методах для исследования функц. деятельности сердца".

Д-р Лифшиц Ф. Я.—„Рентгенодиагностика органов грудной клетки.

„ Гордонова—„О результатах обследования махорочной ф-ки, 2 доклада.

Д-р Стернин—„О Всесоюзном С'езде хирургов".

„ Петров—„О 3-м Украинском С'езде хирургов".

„ Меклер и Фрейдзон—„О Всесоюзном С'езде терапевтов".

„ Якерсон и Каган Я. А.—„О Всесоюзном С'езде глазных врачей".

Д-р Листмангоф и Сипухин—„О Всесоюзном С'езде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей".

Д-р Беленький—„О Всесоюзном С'езде Акушеров и гинекологов".

Проф. Белоновский—„Профилактика скарлатины путем местной иммунизации зева (Ленинград).

По лечебным учреждениям состоялись отчетные доклады:

По хирургическ. отд. Окружной б-цы	—	Д-р Стернин.
„ терапевтическ. „ „ „	—	„ Гуревич П. М.
„ гинекологическ.„ „ „	—	„ Ривош.
По кабинету уха, горла и носа амб. Калинина		„ Сапгир.
Тоже по Ленина		„
(Включая вопрос о тонзилярной проблеме)		„ Яхнин и Аронов.

Средняя посещаемость около 40-50 врачей.

Почти все доклады вызывали оживлен. обмен мнений.

По глазной б-це регулярные—один раз в 2-3 недели собрания офтальмологической секции. Секция гинекологическая, одонтологическая, педиатров и венерологов, в начале деятельности кружка кое-что делавшие, в настоящее время ничем себя не проявляют.

Не имея в своем распоряжении никаких денежных средств, Научный кружок до сих пор не имел возможности ни сохранять в должном виде выше-перечисленный материал, ни тем менее его публиковать в мед. журналах.

В ближайшее время будет издан „бюллетень Научного кружка врачей", который охватит тезисы и краткие рефераты перечисленных докладов.

В ближайшее время предстоят перевыборы нового бюро, которое с помощью заинтересовавшегося работой Научного кружка Правления Союза сделает все возможное для устранения недочетов.

Бюро

Научно-фармацевтический кружок

С'организовавшийся в прошлом году Минский научно-фармацевтический кружок затратил много энергии на поиски помещения, приобретение инвентаря и др. организационные работы. Прочитаны были в течение прошлого года следующие доклады:

1. Дезинфекционные средства, их химический состав и характер действия (напечатано в хим.-фармацев. журнале).
2. Стерилизация подкожных лекарств в аптеке.
3. Растительное сырье, его медицинское и промышленное значение.
4. Несовместимые смеси и нерациональные прописи.
5. Исторический обзор использовывания лекарственного сырья в медицине.

Все доклады вызвали живой обмен мнений среди аптечных работников. По инициативе кружка разработан план ныне функционирующих 4 месячных курсов по переподготовке фармацевтов; кружок разработал программу этих курсов и принимает активное участие в разрешении ряда вопросов, связанных с курсами.

После летнего и осеннего затишья (время отпусков) кружок возобновил свою деятельность; избрано бюро для связи с членами кружка, число которых достигло 75, выбраны уполномоченные по аптекам, лабораториям и Белмедторгу, частью прочитаны, частью будут еще заслушаны следующие доклады:

1. Новости фармации по иностранным источникам.
2. Перспективы фармацевтической промышленности.
3. Каллоидная химия и фармация.
4. Сравнительная оценка старой и новой фармакопеи.
5. Рационализация хранения и отпуска лекарств.
6. Роль ферментов в фармации.
7. Связь между химической структурой и фармакологическим действием лекарств.

Решено усилить выписку специальной литературы и устроить коллекцию минералогических, фармацевтических и фармакогностических препаратов.

Деятельность кружка не будет замыкаться в рамках одного г. Минска, на последнем заседании бюро решило связаться с др. научно-фармацевтическими кружками Белоруссии для совместной работы в тех случаях, когда это окажется необходимым; кроме того, кружок намерен притти на помощь провинциальным товарищам доставкой им нужной литературы и выписок из книг по тому или иному интересующему их вопросу.

Реальных результатов ждет также кружок от принятого им решения обратиться ко всем рядовым аптечным работникам как в городе, так и работающим в др. местах с предложением своих услуг в деле разрешения возникающих у них в процессе работы вопросов из области теоретической и практической фармации, а также в деле консультации по вопросам лабораторной техники. В данное время кружком разрабатывается проект организации химико-бактериологических курсов для тех фармацевтов, которые прошли раньше через курсы по усовершенствованию; с удовольствием можно констатировать, что это новое и полезное дело близко к осуществлению.

Д. Н.

Хроника

Речицкий тубдиспансер. Диспансер работает только один год и содержится за счет лечебного фонда. Обслуживает, главным образом, застрахованных (83%) местной спичечной фабрики, гвоздильного и лесопильного завода. Штат диспансера очень небольшой, всего 7 человек. За год прошло больных первичных 1996, повторных 4938, а всего 6934. По полу: муж. 1130, жен. 866, по национ.: белоруссов и русских 1157, евреев 829, поляков 6, немцев 3, литовцев 1. Наиболее тяжелые формы туберкулеза встречаются среди белоруссов и русских, затем следуют евреи (24.5% и 20%), смертность от туберкулеза среди белоруссов и русских также выше, чем у евреев (9.5 и 20.9 на 10.000). Бацилловыделителей зарегистрировано всего лишь 50 чел. При диспансере работает Совет Социальной помощи, имеется небольшой фонд (ок. 400 руб.), откуда оказывается материальная помощь нуждающимся больным. Диспансером создана тубячейка на фаб: „Днепр" (спичечная), проведены осмотры рабочих по вредным цехам (спич. фабр. 60 челов., гвозд. завод 35 чел. и лесоп. зав. 60 чел.) Из недочетов нужно отметить: 1) отсутствие охвата детей до 5 лет и больных костно-суставным туберкулезом, 2) слабо развернутая санпросветработа на предприятиях и по школам, 3) недостаток оборудования (рентген), 4) отсутствие 2-й сестры обследовательницы и приема по детскому туберкулезу.

Магілёуская псыхіатрычная лячэбніца. Штатных мейсц — 430, ляжала аднначасова к канцу году — 505 чал. Усяго прашло за г. — 884 чал. Сьмяротнасьць за 1927 год паменшылася ў параўнаньні з 1926 годам з 13,6% да 9,5%. Гэта тлумачыццца палепшаньнем умоў жыцьця хворых, шляхам пашырэньня памяшканьня, лепшай яды і г. д.

Па хваробам на першым мейсцы стаіць шызофрэнія, адзначваецца павялічэньне колькасьці хворых прогрэсыўным паралічом.

Колькасьць штатных адзінак пэрсаналу за 1927 год раўнялася — 222 чал., што не задавальняе патрэбы. Умовы працы цяжкія, асабліва па прычыне таго, што на тэрыторыі больніцы няма кватэр дзеля ўсіх служачых і 50% прымушаны хадзіць з гораду за 4 вярсты.

Неабходзен рамонт, асабліва старага корпусу, у якім зьмяшчаюцца хронікі. Сярод апошніх вельмі вялікі процант сьмяротнасьці ад тубэркулёзу.

Врачебные консультации. По БССР в виде опыта врачебные консультации были введены только в трех наиболее крупных округах (Минский, Витебский и Гомельский). НКЗдрав отдал распоряжение организовать врачебные консультации с 1 января 1928 г. и по всем другим округам Республики. Опыт работы врачебных консультаций выявил ряд положительных и отрицательных сторон в их деятельности. Положительные стороны — изжитие очередей во Врачебно-Кон-

трольных Комиссиях, укорочение срока вырешения вопроса об отпуске, более внимательный подход к вопросу о даче отпуска (посылка на рентген, к специалисту) и проч. К отрицательным сторонам нужно отнести: недостаток доверенных врачей, а в связи с этим введение врачебных консультаций только при наиболее крупных лечебных учреждениях, отсутствие специальных кабинетов для врачебных консультаций.

Республиканский Совет по борьбе с проституцией. После довольно длительного перерыва в работе в связи с от'ездом членов Совета Республиканский Совет по борьбе с проституцией вновь приступил к работе. На первом заседании постановлено разработать проекты а) о Республиканском Совете и б) об окружных комиссиях по борьбе с проституцией.

Совет будет находиться при Институте Социальной Гигиены.

Конкурс на здорового ребенка по БССР. Одним из основных моментов празднования Октябрьских дней по учреждениям НКЗдрава был конкурс на здорового ребенка. Конкурс в БССР проводился впервые и вызвал чрезвычайно большой интерес как со стороны работников учреждений, так и со стороны матерей. Конкурс был проведен по всем консультациям городского типа, а в некоторых округах и по районным консультациям. Перед конкурсом была проведена раз'яснительная работа среди матерей о значении конкурса, местами значение конкурса освещалось на широких собраниях работниц и в местной печати. Сам конкурс проходил в торжественной обстановке на собрании матерей в присутствии представителей советских и общественных организаций. Из всех прошедших через конкурсные комиссии детей 85 получили подарки (кроватки, ванны, белье, игрушки и пр.), 75 детей награждены похвальными листами. Конкурс на здорового ребенка, как мероприятие, поощряющее матерей к лучшему уходу за ребенком, к большему выполнению указаний консультаций, несомненно себя оправдал. Конкурс на здорового ребенка—это первый смотр наших достижений в борьбе за здоровое поколение, первая проверка роли консультации в борьбе с предрассудками в воспитании детей.

Всебелорусское санитарное совещание. 16/II Наркомздрав созывает всебелорусское санитарное совещание, посвященное разработке практических вопросов санитарной деятельности (общественное питание, огнестойкое строительство, сельское водоснабжение, меры борьбы с эпидемиями, профилактика кори и скарлатины, борьба с сыпным тифом).

Строительство бань в сельских местностях. Правительством БССР отпущено по местному бюджету 26.000 руб. на строительство бань в сельских местностях. Деньги эти пойдут на дотацию населению, сорганизовавшемуся для постройки общественных бань.

Курортные места для застрахованных и крестьян. На закупку курортных мест для застрахованных и крестьян НКЗдрав имеет в своем распоряжении около 125-130 тысяч рублей. В настоящее время уже сделаны заявки на места через местное курбюро и ЦУстрах. Большее количество мест для застрахованных пойдет на курорты Кавказа, для крестьян на курорты Крыма.

Децентрализация протезной помощи. Наркомздрав взял курс на децентрализацию протезной помощи. Проектируется открыть мастер-

ские для починки протезов в Витебске и Гомеле. Кроме того, ортопедическая амбулатория стала на путь приближения к обслуживаемым им инвалидам путем выезда заведующего и мастера в окружные центры для снятия мерок на протезы и примерок последних. Первый выезд был сделан в Борисов, следующим намечен г. Орша. Явка инвалидов в Орше была на 80 проц. Подобные выезды намного сокращают расходы по поездкам инвалидов в Минск, с другой стороны избавляют инвалидов от далеких и трудных поездок в центр.

Рационализация канцелярия НКЗдрава. По канцелярии НКЗдрава отменены входящий и исходящие журналы. Вся переписка после просмотра ее Наркомом поступает к инспекторам, которые в соответствии с номером дела проставляют на поступившей переписке соответствующий номер и дату. При выходе переписки от НКЗдрава после подписи Наркома инспектор проставляет дату и номер того дела, к которому переписка относится. Все дела хранятся у инспекторов, что дает возможность быстро найти нужную справку.

Санитарно-гигиенические курсы для работников столовых Нарпит. Наркомздрав разослал по окружным инспектурам здравоохранения программу курсов для работников столовых Нарпит с рекомендацией организовать курсы в окружных городах.

Командировки врачей на курсы усовершенствования. Вместо практиковавшихся в прошлые годы курсов усовершенствования в Минске, при медфаке БГУ Наркомздрав в этом году посылает 18 врачей для усовершенствования в союзные центры и 22 прикомандировывает к клиникам и крупным лечучреждениям Республики. Кроме того, каждому округу предоставлены средства для прикомандирования врачей к окружным больницам. Большинство командировок получают участковые врачи.

К десятилетию Красной Армии. НКЗдрав закрепляет специальные койки для командного состава Красной Армии и его семейств в следующих лечучреждениях: нервная клиника, туберкулезный санаторий „Красный Октябрь" и Туберкулезный Институт. Центр. К-т Красного Креста Белор. с своей стороны предоставляет одну койку для детей комсостава в костной санатории „Черницы".

К международному дню женщин-работниц. НКЗдрав разослал по округам инструкцию по проведению конкурса на здорового ребенка в районных (сельских) консультациях. Конкурс будет проводиться 8 марта. Каждой консультации выдается 10 руб. на подарки и 5 похвальных листов.

Официальный отдел

Распоряжения Рабоче-Крестьянского Правительства

Постановление Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров БССР о самообложении населения

Согласно постановления ЦИК и СНК Союза ССР „О самообложении населения“ (С. З. СССР 1927 г., № 51, ст. 509) и согласно поручения 2-ой Сессии ЦИК БССР VIII созыва Центральный Исполнительный Комитет и Совет Народных Комиссаров БССР постановляют:

1. Для удовлетворения местных хозяйственных, культурно-просветительных, санитарных нужд и нужд благоустройства сельского населения может устанавливаться обязательное для всех граждан данного селения самообложение в границах и порядке, предусмотренных настоящим постановлением:

а) на организацию, содержание и обслуживание (постройка новых, достройка неоконченных, расширение, наем, капитальный и текущий ремонт зданий, оборудование, отопление и освещение) хозяйственных, культурно-просветительных и санитарных учреждений местного общественного значения: школ, изб-читален, клубов, красных уголков, детских домов, ясель и площадок, больниц, врачебных, фельдшерских, ветеринарных и агрономических пунктов, домов для инвалидов и для престарелых, ночлежных домов, бань и хлебозапасных магазинов;

б) на благоустройство селений: рытье и содержание в исправности колодцев, общественных сажалок, площадей, могильников для павшего скота, площадей общественного пользования (выгонов, лугов), а также на содержание ночных и полевых сторожей;

в) на проведение новых, содержание и ремонт существующих дорог, мостов, плотин, переправ и перевозов, имеющих местное общественное значение;

г) на противопожарные мероприятия: постройка, капитальный и текущий ремонт и хозяйственное содержание пожарных депо и сараев, на приобретение и содержание противопожарных машин и орудий, на содержание пожарных сторожей;

д) на содержание лесной стражи и на лесокультурные работы в лесах местного значения.

2. Запрещается самообложение на нужды административного характера (вознаграждение работников местных органов власти; районного исполнительного комитета, сельского совета, милиции, сельских исполнителей и др., содержание и оборудование для них помещений, а также расходы канцелярские, раз‘ездные и др.).

3. Общий размер самообложения на один год не может превышать 35 проц. общей суммы сельско-хозяйственного налога по окладным листам за данный год со всего количества хозяйства данного селения.

Примечание. Окружным исполнительным комитетам, в необходимых случаях по ходатайствам соответствующих районных исполнительных комитетов, предоставляется право увеличивать для отдельных районов и сельских советов указанный в настоящей статье предельный размер самообложения.

4. Самообложение допускается как в денежной, так и в натуральной форме, а также в виде трудового участия.

5. Вопросы об установлении самообложения возбуждаются по инициативе сельского совета, отдельных граждан или групп граждан и общественных организаций и разрешаются на общем сходе граждан, созываемом сельским советом. Для установления самообложения необходимо присутствие на общем сходе не меньше половины общего числа граждан данного селения, пользующихся избирательными правами.

Примечание. Если на первом общем сходе граждан по вопросу о самообложении придет менее половины общего числа граждан, пользующихся избирательными правами, то созывается второй общий сход. Для разрешения вопросов о самообложении на другом сходе должно присутствовать не менее одной трети общего числа граждан, пользующихся избирательными правами.

6. Вопрос о введении самообложения и все другие вопросы на сходе о самообложении разрешаются простым большинством

голосов граждан, пользующихся избирательными правами.

7. В случае необходимости удовлетворить общую нужду двух или нескольких селений, входящих в один сельский совет, вопрос о введении самообложения может разрешаться как на общих сходах каждого селения в отдельности, так и на об'единенном общем сходе граждан всех заинтересованных селений с тем, чтобы на этом об'единенном общем сходе присутствовало не меньше половины общего числа граждан, пользующихся избирательными правами, с каждого заинтересованного селения. Если удовлетворение данной общественной нужды касается нескольких поселений, об'единенных разными сельскими советами, то вопрос о введении самообложения передается на обсуждение общих сходов через соответствующий районный исполнительный комитет.

8. Общий сход граждан данного селения может освободить от самообложения отдельные наиболее маломощные хозяйства.

9. На общем сходе должны быть разрешены следующие вопросы:

а) метод самообложения; б) форма самообложения (денежная, натуральная или трудовая); в) общий размер самообложения; г) предельный срок взносов по самообложению, при чем, если самообложение устанавливается в виде регулярных взносов, то в постановлении необходимо отметить срок, на который устанавливается самообложение, но каждый раз не свыше одного года. Все разрешенные вопросы должны быть записаны в постановлении, принятом общим сходом и подписанном президиумом схода.

10. Не позднее 3-х дней со дня получения постановления общего схода граждан селения о самообложении, сельский совет с участием представителя крестьянского комитета взаимопомощи делает раскладку общей суммы самообложения между отдельными хозяйствами и гражданами данного селения, причем сохраняются следующие правила: раскладка производится пропорционально сумме сельско - хозяйственного, промыслового и подоходного налогов, уплачиваемых данным хозяйством или лицом в течение года. Хозяйства, освобожденные от сельско-хозяйственного налога, облагаются пропорционально начисленных на них сумм сельско - хозяйственного налога. Кустари, освобожденные от налога, облагаются в размере средней ставки сельского хозяйства, освобожденных от сельско-хозяйственного налога.

Примечание. Граждане, находящиеся на государственной службе и не ведущие самостоятельно сельского хозяйства, не привлекаются к самообложению в тех случаях, когда они не получают непосредственной выгоды от мероприятий, на которые производится самообложение.

11. Сельский совет имеет право по ходатайству отдельных хозяйств или лиц разрешить замену установленной общим сходом формы самообложения другой формой, например, вместо денежной—натуральные взносы или трудовое участие. При такой замене сельский совет должен, главным образом, учесть интересы маломощных групп сельского населения.

12. Раскладка самообложения не позднее одной недели со дня утверждения ее сельским советом об'является населению через сельских исполнителей под расписку.

13. В течение двух недель со дня об'явления раскладки заинтересованные граждане имеют право подавать в сельский совет жалобу на постановление о самообложении как в целом, так и в части раскладки.

14. По окончании срока, указанного в предыдущей статье, сельский совет направляет в районный исполнительный комитет постановление общего собрания граждан о самообложении со своим заключением, раскладку его и все поступившие жалобы.

15. Районный исполнительный комитет может отменить постановление схода граждан о самообложении в следующих случаях: а) если общий сход граждан, принявший постановление о самообложении, не имел законной силы, или если были допущены существенные нарушения настоящего постановления, б) если мероприятия, для осуществления коих установлено самообложение, не предусмотрены в этом постановлении, в) если превышен установленный для данного селения предельный размер самообложения.

16. В случаях неправильности произведенной раскладки, районный исполнительный комитет обязан, независимо от того, обжалована ли раскладка или нет, произвести в них необходимые изменения.

17. Если в течение двух недель со дня представления сельским советам в районный исполнительный комитет постановления общего схода граждан о самообложении оно не будет отменено районным исполнительным комитетом, а равно, если районный исполнительный комитет не внесет изменений в раскладку, представленную сельским советом, то постановление о самообложении и раскладка считаются утвержденными и являются обязательными для всех граждан данного селения.

18. Районный исполнительный комитет, отказавши в удовлетворении жалобы, обязан известить лицо, подавшее жалобу об основаниях отказа.

На указанные постановления могут быть поданы жалобы в окружный исполнительный комитет, постановления коего являются окончательными.

Подача жалобы на постановления районного исполнительного комитета не приостанавливает исполнение постановления о самообложении.

19. В случае, когда постановление об удовлетворении жалобы состоялось после того, как раскладка вошла в силу, сумма, внесенная лицом, подавшим жалобу, или взысканное с него, подлежит зачету при проведении нового самообложения в данном селении, или возврату.

20. Недоимки по самообложению взыскиваются сельским советом в административном порядке, установленном для взыскании налогов.

Примечание. В случае неисполнения населением в установленный срок самообложения в виде трудового участия, стоимость таких работ переводится сельским советом особым его постановлением на деньги и взыскивается в порядке, указанном в настоящей статье.

21. На сельский совет возлагаются следующие обязанности по осуществлению самообложения: а) установление срока взноса по самообложению, а также сроков явки граждан для трудового участия, в соответствии с постановлением общего схода граждан о самообложении, б) сбор, хранение и учет средств и материалов, поступающих в порядке самообложения, в) производство необходимых закупок и заключение договоров, согласно постановления общего схода в соответствии с действующими законами, г) руководство всеми работами, проводимыми в порядке трудового участия, распределение между гражданами отдельных обязанностей, назначение руководителей работ, учет явки на работу и произведенной работы, д) распоряжение всем имуществом, приобретенным за счет самообложении, а также общественными капиталами, образуемыми в порядке самообложения.

Примечание. В случае, когда самообложение установлено для удовлетворения общих потребностей нескольких селений, об'единенных различными сельскими советами, указанные в настоящей статье обязанности возлагаются на районный исполнительный комитет.

22. Средства, полученные в порядке самообложения, могут расходоваться только на те цели, которые указаны в соответствующем постановлении общего схода граждан. За нарушение этого правила, виновные привлекаются к уголовной ответственности.

23. Сельский совет дает общему собранию отчет о расходовании средств, полученных в порядке самообложения, а также о проведении работ в порядке трудового участия граждан.

24. Общее наблюдение за проведением самообложения возлагается на окружные и районные исполнительные комитеты. На ревизионные комиссии сельских советов возлагается обязанности производить ревизии всей деятельности сельских советов по проведению самообложения.

25. Общий учет размеров самообложения организуется Народным Комиссариатом Финансов БССР по соглашению с заинтересованными ведомствами.

26. Самообложение населения на общественные нужды в прочих, не предусмотренных статьей 1 настоящего постановления, случаях, допускается лишь на началах добровольного соглашения граждан, в порядке ст. ст. 27—29.

27. Постановления о производстве добровольного самообложения могут приниматься на сельских сходах и иных собраниях граждан с точным указанием целей, общего размера и раскладки самообложения между лицами, голосовавшими за принятие, а также порядка расходования и контроля за расходованием средств, поступающих по самообложению. Для лиц, не принимавших участия в собрании, а также для лиц, воздержавшихся от голосования или голосовавших против принятия постановления, последнее не обязательно.

28. Все возникающие по вопросам добровольного самообложения споры могут быть разрешаемы только в судебном порядке. Применение в этих случаях каких-либо мер административного воздействия или понуждения не допускается. Участие сельских советов и других административных и финансовых органов в проведении самообложения и производстве взыскания взносов, причитающихся с отдельных граждан, воспрещается.

29. Расходование собранных по добровольному самообложению средств не на те цели, для которых сбор был произведен, преследуется в уголовном порядке.

30. Настоящее постановление не распространяется также на сборы, устанавливаемые для своих членов организациями, имеющими по своим уставам или положениям о них право облагать своих членов сборами на удовлетворение тех или иных нужд. Такие сборы устанавливаются и собранные средства расходуются в порядке, предусмотренном специальным законом, или уставом или положением о данной организации.

Председатель Центрального Исполнительного Комитета БССР **А. Червяков**

Председатель Совета Народных Комиссаров БССР **Н. Голодед**

Секретарь Центрального Исполнительного Комитета БССР **А. Хацкевич**

14 января 1928 г.
г. Минск

Пастанова аб'яднанага пасяджэньня Савету Народных Камісараў і Эканамічнай Нарады БССР

25 студзеня 1928 г. (прат. № 29 § 391) па дакладу тав. Барсукова М. І. аб дзейнасьці Беларускага Таварыства „Чырвоны Крыж“

I

Выслухаўшы даклад Старшыні Цэнтральнага Камітэту Беларускага Таварыства „Чырвоны Крыж“ т. Барсукова, М. І. Савет Народных Камісараў адзначае, што праца Цэнтральнага Камітэту Беларускага Таварыства „Чырвоны Крыж“ адпавядае пастаўленым перад ім задачам. Савет Народных Камісараў адзначае ў працы Таварыства наступныя дасягненьні:

1. Рост сеткі ячэек Чырвонага Крыжу як у горадзе, гэтак і на вёсцы і правільнае скарыстаньне сялянскай самадзейнасьці па аздараўленьні бытавых умоў вясковага жыцьця (будаўніцтва лазьняў, студняў і інш.).

2. Узмацненьне фінансавага становішча Таварыства, пераход на грамадзкія формы працы і ліквідацыя камэрцыйнай дзейнасьці.

3. Некаторае пашырэньне працы па санітарнай падрыхтоўцы працоўных да абароны шляхам арганізацыі гурткоў першай дапамогі, санітарных дружын і ўтварэньне прафэсыянальнай школы для мэдыцынскіх сясьцёр.

II

Разам з тым Савет Народных Камісараў адзначае наступныя недахопы:

1. Невыстарчальнае ўцягненьне працоўных у члены Таварыства „Чырвоны Крыж“ у паасобку, па Віцебскай і Гомельскай акругах, а таксама—работніц і сялянак, што перашкаджае далейшаму росту гурткоў першай дапамогі, асабліва па вёсцы.

2. Невыстарчальнасьць матар'яльна-санітарнага фонду па абароне працоўных.

III

Прымаючы пад увагу, што Беларускае таварыства „Чырвоны Крыж“, як адна з форм арганізацыі савецкай грамадзкасьці, мае вялікае значэньне,—Савет Народных Камісараў пастанаўляе:

1. Абавязаць акруговыя і раённыя выканаўчыя камітэты БССР надаваць больш увагі Беларускаму Таварыству „Чырвоны Крыж“, часьцей заслухоўваць на сваіх пасяджэньнях справаздачныя даклады апошняга.

2. У мэтах павялічэньня санітарнай здольнасьці працоўных мас, паставіць перад Беларускім Таварыствам „Чырвоны Крыж“, як чарговую і галоўную задачу, далейшае разгортваньне гурткоў першай дапамогі і санітарных дружын, для чаго ў першую чаргу пашырыць уцягненьне ў члены Таварыства работніц, сялянак і ўсіх працоўных, асабліва тых, якія ня ідуць у Чырвоную Армію, а таксама ўжыць захады да большага ўцягненьня ў члены Таварыства рабочых і работніц чыгуначнага і воднага транспарту.

3. Узмацніць матар'яльны фонд санітарнай дапамогі па абароне працоўных шляхам арганізацыі такіх мэдыцынскіх устаноў, якія маглі быць дапасаваны да санітарных мэт. Гэту працу ўвязаць з Народным Камісарыятам Аховы Здароўя і Ваенна-Санітарнаю Управаю Беларускае Ваеннае Акругі.

4. Цэнтральнаму Камітэту Беларускага Таварыства „Чырвоны Крыж“ весьці і на далей мэдыка-санітарную работу па аздараўленьні працы і быту рабочых і сялян, узгадняючы гэту працу з агульнаю лініяй Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя.

5. Запрапанаваць Народнаму Камісарыяту Сацыяльнага Забясьпячэньня распрацаваць разам з Цэнтральным Камітэтам Беларускага Таварыства „Чырвоны Крыж“ пытаньне аб формах сумеснага ўдзелу ў матар'яльнай і фінансавай дапамозе ўпаўшаму ў нужду насельніцтву БССР.

6. Запрапанаваць Цэнтральнаму Камітэту Беларускага Таварыства „Чырвоны Крыж“ і ў далейшым складаць свой бюджэт, галоўным чынам, за рахунак членскіх узносаў, рознага роду ахвяраваньняў і адлічэньняў, не заходзячы ў бок камэрцыйнай дзейнасьці.

7. Запрапанаваць Цэнтральнаму Камітэту Беларускага Таварыства „Чырвоны Крыж“ на працягу двух месяцаў падаць у Савет Народных Камісараў праэкт „Палажэньня аб Таварыстве“. У палажэньні патрэбна вызначыць функцыі Таварыства, яго ўзаемаадносіны па лініі санітарнай падрыхтоўкі працоўных да абароны з іншымі грамадзкімі арганізацыямі, у паасобку, з Асовіахімам і Вышэйшым Саветам Фізычнае Культуры.

Сакратар СНК БССР Н. Уграў.

Распоряжения НКЗ БССР руководящего характера

„Утверждаю" М. Барсуков
9/II—28 г.

№ 57 11/II

Положение о Советах Социальной Помощи при врачебных участках (больницах и врачебных амбулаториях)

1. Для оживления работы Санитарных Комиссий при сельсоветах и осуществления тесной связи между врачебным участком и населением при врачебных участках (больница или врачебно-амбулаторный пункт) создается участковый Совет Социальной Помощи.

2. В состав участкового Совета Социальной Помощи входят: все медицинские и ветеринарные работники участка, представители к-тов взаимопомощи, профессиональных организаций, женотдела, комсомола, кооперации, Красного Креста, секций здравоохранения, культурно-санитарных секций при с/с., санитарных комиссий, страховых пунктов, а также и других общественных организаций, участие которых может быть полезным в работе Советов.

3. Из состава участкового Совета Социальной Помощи (пленум Совета) избирается Президиум или рабочее бюро в составе не менее 3-х лиц, при чем заведующий больницей или врачебной амбулаторией по должности входит в Президиум (Бюро).

4. Заседания Президиума (Бюро) происходит 2 раза в месяц, а пленума не реже 1 раза в 3 месяца.

5. Из состава участкового Совета выделяются комиссии:

а) финансово-хозяйственная,
б) санитарно-просветительная,
в) ревизионная.

Примечание. В случае необходимости при Совете могут организовываться и другие комиссии, напр. по обследованию лечзаведений, по отбору больных в санатории и курорты.

6. Участковый Совет Социальной Помощи:

а) организует на территории своего участка санитарные комиссии при сельсоветах, руководит их работой и заслушивает доклады о их деятельности;

б) организует лекции, собеседования, выставки, сануголки и библиотеки и распространяет санпросветлитературу;

в) заслушивает планы мероприятий медицинского участка и учреждений по оздоровлению территории своего участка и принимает участие в проведении этих мероприятий в жизнь;

г) помогает участку в организации на территории участка профилактических учреждений (солнечные площадки, ясли);

д) содействует развитию широкой самодеятельности населения в проведении сан.-проф. мероприятий;

е) изыскивает материальные средства для оказания помощи нуждающемуся населению своего участка и распределяет их.

№ 77—4/II

Дырэктывы аб правядзеньні сьвяткаваньня 8 сакавіка

Аднэй з асноўных задач пры правядзеньні сьвяткаваньня 8 сакавіка ў нынішнім годзе зьяўляецца папулярызацыя дасягненьняў у галіне палепшаньня працы і быту работніц і сялянак, а таксама прыстасаваньне мерапрыемстваў у гэтай галіне, якія магчымы на бліжэйшы год.

На 8 сакавіка 1928 г. НКАЗ намячае наступны плян правядзеньня яго:

1. Праверыць выпаўненьне дырэктыў па сьвяткаваньні Кастрычнікавае Рэвалюцыі і зрабіць, што ня зроблена па гэтаму пляну.

2. Закладку новых ясьляў у Гомелі, а таксама ясьляў на каапэрацыйных началах у Магілеве.

3. Правесьці ўрачыстае адчыненьне ўноў арганізуемых ясельных коек—„Дзьвіна", „Высачаны".

4. Прыступіць к вучоту сродкаў у разьмеры ¼% фонду зарплаты па прадпрыемствам данай акругі па сьпіску, зацьверджанаму Саветам Народных Камісараў, а таксама к вучоту сродкаў па фонду палепшаньня быту рабочых, намеціў плян скарыстаньня гэтых сродкаў, а таксама папулярызаваць гэту пастанову СНК сярод шырокіх колаў работніц.

5. Правесьці вечары спайкі мацярэй з пэрсаналам у ўстановах аховы мацярынства і младзенства з дакладам аб дасягненьнях у працы данай установы.

6. Арганізаваць акруговы фонд на ясельную кампанію, прыцягвая сродкі каапэрацыі ўсіх відаў, ККОВ, Чыр. Крыжу, шэфаў, дзіцячых камісій, а таксама прыстасаваць арганізацыю ясельнага фонду ў раёнах, прыцягвая сродкі мясцовых грамадзкіх арганізацый і самаго насельніцтва.

7. Прыстасаваць урачыстае адчыненьне новых кансультацый у 15 раёнах (Сьмілавічы, Бярэзіна, Халапенічы, Лагойск, Менскай акругі, Высачанск, Віцебск. акругі. Старыя Дарогі—Сьвіслач—Бабруйскай акр.; Мсьціслаўль—Аршанскай акругі, Прапойск і Чэрыкаў, Магілеўскай акр.; Асьвей, Полацкай акр., Петрыкаў і ў адным з пагранічных раёнаў Мазырскай акругі, у 2-х раёнах Гомельскай акругі.

8. Намеціць пункты для палявых ясьляў прыстасоўвая пачатак арганізацыйнай працы

па адчыненьню ясьляў, правадзя разьясьніцельную працу аб ясельнай кампаніі сярод насельніцтва, арганізуя ясельныя камісіі пры Райвыканкомах.

Увага. Трэба на сходах сялянак разьясьняць значэньне кансультацый і інфармаваць аб выездах, якія будуць установлены у гэтым годзе, а таксама аб умовах патраната ў раёнах, дзе ёсьць раённыя консультацыі.

9. У мэтах большага абхопу батрачак і саўхозьніц, трэба намеціць пункты дзеля арганізацыі новых ясьляў на сродкі па каштарысу (1—у Менск. акр., 1—у Аршанск. акр., 1—у Бабруйск. акр.) акрамя таго будуць арганізаваны ясьлі на сродкі лек. фонду і фонду палепшаньня быту, аб чым будуць паказаньні асоба.

10. Дзеля атражэньня нацыянальнай палітыкі ў БССР у працы па ахове мацярынства, і младзенства, трэба ў гэтым годзе ка дню 8 сакавіка намеціць пункты дзеля арганізацыі палявых ясьляў па каштарысу 1927-28 г. і нацыянальных С/Саветах. НКАЗ ракамэндуе адчыніць 1 ясьлі ў яўрэйскім С/Савеце—Полацкая акруга; 1 ясьлі—у Польскім С/Савеце Гомельскай акр. 1 ясьлі—у нямецкім С/Савеце—Мазырскай акр.і 1 ясьлі—у літоўскай вёсцы Сафійск—Лупалаўскага раёну. Магілёўскай акругі.

11. Да дню 8 сакавіка падабраць пэрсанал у гарадох і раёнах на акруговыя курсы па падрыхтоўцы працаўнікоў летніх ясьляў, а таксама прыступіць к арганізацыі гэтых курсаў.

12. Правесьці конкурс на здаровага дзіця ў раённых кансультацыях.

Увага. Сродкі і пахвальныя лісты будуць прысланы НКАЗ; конкурс ня трэба праводзіць у тых кансультацыях, дзе ён быў у лістападзе.

13. Правесьці абсьледваньне гарадзкіх і раённых установ, прыцягвая сэкцыяю аховы мацярынства і младзенства, дэлегат. сходу і камісію аховы мацярынства і младзенства, сэкцыі аховы здароўя Гарсавету.

14. Дасягненьні па ахове мацярынства і младзенства асьвяціць на шырокіх сходах рабочых і сялян, а таксама ў прэсе, сьценгазэтах і г. д.

15. Матар'ялы аб правядзеньні сьвяткаваньня 8 сакавіка прыслаць у НКАЗ не пазьней 1-га красавіка.

Нар. Кам. Аховы
Здароўя **Барсукоў.**

Інспэктар Аховы мацярынства
і младзенства **Граеўская.**

№ 261—30/I

Аб парадку накіраваньня хворых на спэц. лячэньне ў Менск

Ня гледзячы на шматразавыя распараджэньні і ўказаньні аб парадку накіраваньня хворых на спэц. лячэньне (ад 20/I—27 г. № 1140 і 19/XII—27 г. № 261) да гэтага часу заўважваецца непатрэбная пасылка хронікаў, пад відам неадкладнай апэратыўнай дапамогі, а таксама пасылка хворых без папярэдняга запытаньня Эвакапрыемніку. Усё гэта выклікае непатрэбныя выдаткі на падарожжа, загружае лекавыя ўстановы і выклікае нездавальненьне хворых, калі ім, як хронікам, адказваюць у прыёме. Загадчыкі раённых і ўчастковых больніц часта накіроўваюць хворых, якія з посьпехам могуць лячыцца ў акруговых больніцах (звычайныя грыжы, апэндыцыты, остэоміэліты, эпілепсіі і г. д.). Прапануецца Акруговым Інспэктар. Аховы Здароўя даць указаньні раённым дактарам аб парадку накіраваньня і самім таксама строга прытрымліваццa паказанага. НКАховы Здароўя ў апошні раз папярэджвае, што хворыя, прысланыя ў Менск без папярэдняга запытаньня Эвакапрыемніку, а таксама і з запытаньнем, але не падлягаючыя лячэньню будуць зварочвацца за кошт накіраваўшай асобы і прыцягвацца да адказнасьці.

Народны Камісар
Аховы Здароўя **Барсукоў.**

Інспэктар Лек. Праф. ч **Фурс.**

№ 260—9/I

Аб парадку аказаньня мэдыцынскае дапамогі хатнім работніцам.

У разьвіцьце арт. 18 пастановы ЦВК і СНК БССР ад 14 травеня 1927 г., Народны Камісарыят Аховы Здароўя прапануе наступны парадак мэдыцынскай дапамогі хатнім работніцам:

1. Прыём хатніх работніц, якія жывуць ў наймацеля, у больніцы вытвараецца ў абавязковым парадку, а ва ўсе іншыя мэдыка-санітарныя ўстановы—нароўні з застрахаванымі. Парадак прыёму хатніх працаўніц у Дамы Мацеры і Дзіцяці там, дзе яны ёсьць—наступны:

а) у час водпуску па цяжарнасьці хатнім работніцам, якія жывуць у наймацеля, належыць забясьпечыць прыём у Дом Маці і Дзіця на аднальковых падставах з застрахаванымі ў першую чаргу;

б) тэрмін знаходжэньня ў Даму Маці і Дзіця вызначаецца за 4 тыдні да радоў і 4 тыдні пасьля радоў, пасьля гэтага тэрміну яны павінны аставіць дом;

в) пры прыёму ў Дом Маці і Дзіця хатнія работніцы прадстаўляюць разьліковую кніжку, альбо сяброўскую кніжку, а пры адсутнасьці яе—даведку наймацеля аб працы па найму.

Нар. Кам. Аховы
Здароўя **Барсукоў**

Нар. Кам. Працы **Бенек**

Інспэктар Аховы Маці і
Младз. **Граеўская**

Узгоднена з ЦСПСБ

№ 331—5 студзеня

Аб арганізацыі курсаў на падрыхтоўцы санітараў і санітарак

НКАЗ рэкамендуе В/ не пазьней 20 студзеня арганізаваць пры кожнай крупнай Леч. установе курсы па падрыхтоўцы санітараў і санітарак, на асновах, якія маюцца ў накірованым пры гэтым „Положении". Што датычыцца пункту „3" гэтага „Положения" то дзякуючы таму, што па каштарысу Акруговых Інспэктур Асьветы не адпушчаны грошы на арганізацыю курсаў, а таксама па каштарысу НКАЗ, прыходзіцца гэтае пытаньне ў 1927—1928 бюджэтным годзе правесьці вось як часы, якія патрацяць лектары на лекцыі і практычныя работы з курсантамі уключыць у работы дзень урача—лектара, такім чынам не рабіць асобай аплаты лектароў.

Кошт атапленьня і асьвяшчэньня курсаў на гэты год аднесьці за рахунак той больніцы, пры якой будуць адчынены курсы. Працяг курсаў 4 м-цы (48 часоў працы).

Разьмеркаваньне часоў працы курсаў па кожнай дысцыпліне залежыць ад Саветаў Курсаў.

У 1928—29 годзе (бюджэтн.) НКАЗ лічыць неабходным каб па каштарысу Акруговых Інспэктур Асьветы былі ўключаны сумы на перакваліфікацыю санітараў і санітарак.

Народны Камісар Аховы
Здароўя **Барсукоў**

Адказны Сэкратар **Багдановіч**

Положение о курсах санитаров и санитарок при Лечебных Учреждениях НКЗБ

1. Курсы организуются в целях повышения квалификации младшего обслуживающего медико-санитарного персонала.

2. Курсы вечерние расчитаны на 8 месяцев. Продолжительность курсов может видоизменяться в зависимости от местных условий.

3. Курсы находятся в ведении Окр. Профобра. Кредиты на курсы идут по смете Окроно. Содержание курсов в части хозяйственной, помещение, освещение, отопление идет за счет органов здравоохранения.

Примечание. Наркомпрос не согласен с редакцией „Кредиты на курсы по смете Окроно".

4. Курсы организуются при лечебных учреждениях НКЗ и обслуживают как работников данного учреждения, так и работников других лечебных учреждений и безработных членов профсоюза по согласованию с организациями союза Медсантруд.

5. Во главе курсов стоит Заведующий, который выделяется из врачей данного учреждения и утверждается Окпрофобром по соглашению с Окрздравом и союзом Медсантруд.

6. Преподаватели курсов и руководители группами (в качестве руководителей группами приглашаются средний медперсонал и студенты) приглашается заведующий курсами по согласованию с Окрздравотделом и соответствующим органом союза и утверждаются Окрофопробром.

7. Всеми делами курсов ведает Завкурсами (в помощь ему из среды слушателей выбирается комитет старост из 3-х чел.).

8. Через курсы, как правило, пропускаются все лица младшего обслуживающего медико-санитарного персонала при условии ликвидации ими общей неграмотности в размере 2-х годичн. школы.

9. Количество учащихся в группе не должно превышать 30 ч.

10. Лица окончившие курсы по сдаче испытаний получают удостоверение об успешном прохождении курсов.

11. Окончание курсов дает право на повышение в высший тарифный разряд, согласно положения о тарифе союза Медсантруд.

Народный Комиссар Здравоохранения
БССР **Барсуков**

Завед. Культ. Отделом Ц. П. Союза
Медсантруд **Розман**.

Резолюции I-го Всебелорусского Совещания Окружных Инспекторов Здравоохранения, Инспекторов и Консультантов НКЗдрава

1. По докладу Народного Комиссара Здравоохранения т. Барсукова „Основные моменты пятилетнего плана строительства здравоохранения, итоги рационализации и очередные задачи на 1927-28 год"

Заслушав доклад Народного Комиссара Здравоохранения тов. Барсукова, Совещание считает правильной общую линию работы Наркомздрава и отмечает следующие достижения:

1. Наркомздравом окончательно оформлены в главнейших своих частях основные элементы медико-санитарной организации как в городе, так и на селе, а также внесена четкость в организационную структуру отдельных областей здравоохранения. Все это вместе взятое позволило рационализировать и сократить аппарат Наркомздрава в сторону децентрализации системы управления и финансирования периферии.

2. Проделана большая работа по составлению пятилетнего плана строительства здравоохранения, в котором взят правильный профилактический уклон при построении медико-санитарной сети, а также вполне учтена потребность в медицинской помощи города и деревни.

3. Организованы два научно-теоретических института Социальной и Общей Гигиены и получили утверждение Совнаркома два научно-практических Института—Туберкулезный и Физических Методов Лечения. Приступлено к постройке Химико-Фармацевтического Завода.

4. Значительно расширено местное санитарное строительство и приступлено к постройке Нервной Санатории в Полоцком округе.

5. Усилилась школьно-санитарная организация путем создания в окружных городах детских диспансеров.

6. В основном закончен учет медперсонала и в значительной степени заполнены врачами вакантные должности в районах.

7. Некоторый рост заработной платы всех групп медработников, особенно работающих в сельских местностях и проведение через бюджет трудовых норм для медперсонала.

8. Участие в работе Белорусского Общества Красного Креста по созданию трехгодичных курсов медицинских сестер.

Вместе с тем совещание считает, что оказываемая лечебно-санитарная помощь трудящимся еще не вполне достаточная, что стабилизация дела здравоохранения как в городе, так и в деревне еще не наступила и требуется дальнейшее усиление не только количественного, но, главным образом, качественного состояния лечебно-санитарной сети БССР.

Одновременно с этим совещание отмечает слабое подтягивание заработной платы всего медперсонала, особенно врачей и группы специалистов, а также не вполне достаточное проведение трудового режима в лечебно-профилактических учреждениях.

Совещание выдвигает перед органами здравоохранения на ближайший период следующие основные задачи:

1. Необходимо в дальнейшем продолжать работу по рационализации медико-санитарного дела, развивая и углубляя постановления 2-го Всебелорусского С'езда участковых врачей по этому вопросу.

С этой целью созвать специальное совещание в Наркомздраве для разработки различных мероприятий в области рационализации различных сторон деятельности органов здравоохранения; решения этого совещания сообщить Окрздравам для дальнейшей проработки и проведения на местах через производственные (экономические и др.) совещания.

Необходимо обратить внимание, главным образом, на работу отдельных лечебно-профилактических учреждений, тщательно проверяя и анализируя степень удовлетворения трудящихся медицинской помощью. Трудовой режим в лечебно-профилактических учреждениях должен быть усилен, уход за больным должен быть под строжайшим контролем администрации, врачам администраторам должна быть предоставлена большая самостоятельность и ответственность в применении решительных мер против непорядков в подведомственных им учреждениях.

Особое внимание органы здравоохранения должны уделять медпунктам на предприятиях, помощи на дому, скорой помощи и сельским врачебным амбулаториям в деревне. Наркомздрав должен приступить к приближению специальных видов медицинской помощи к крестьянству, путем применения в районных больницах в первую очередь лечения сифилиса, трахомы, а также создания такой больничной обстановки, в которой возможно

было бы производить более сложные хирургические и гинекологические оперативные пособия. Это с'экономит бюджет крестьянина, избавляя его от излишних поездок в город и сократит переполнение городских лечебных учреждений. Необходимо усилить акушерскую помощь в деревне, увеличить количество акушерок, озаботиться лучшим кадром акушерок-общественниц, улучшить и расширить постановку акушерского образования. Частная врачебная практика должна быть взята под тщательный контроль органов здравоохранения.

2. Совещание считает необходимым дальнейшее уточнение пятилетнего плана Наркомздрава в разрезе: динамики роста рабочей силы, потребной для медико-санитарной сети, динамики роста заработной платы, уточнения хозяйственных и штатных измерителей перспективы развития аптечной сети и нужного количества медико-санитарного имущества. Необходимо детализировать плановые мероприятия по отдельным областям здравоохранения, как-то: развертывание туберкулезной, психиатрической и других видов помощи. План должен быть увязан с Наркомпросом в части медобразования, усовершенствования и переквалификации медперсонала.

Учитывая, что дальнейшее улучшение качества медико-санитарной сети тесно связано с новым строительством, совещание отмечает недостаточное количество ассигнований на новое строительство по пятилетнему плану. Наркомздрав должен детально проработать этот вопрос и обратить особое внимание на новое строительство в городах промышленного значения.

При общем пятилетнем строительном плане медико-санитарной сети необходимо учесть также и строительство квартир для обслуживающего медперсонала.

3. Совещание отмечает, что дальнейшее промедление с оформлением аптечного центра крайне неблагоприятно отражается в смысле рационализации, удешевления и общего руководства аптечного дела. Необходимо ускорить прохождение в законодательных органах проекта НКЗ, одобренного РКИ о Всебелорусском аптечном об'единении.

4. Совещание считает необходимым обратить внимание Наркомздрава на тяжелое положение зубоврачебной помощи, отсутствие достаточного кадра подготовленных зубных врачей и зубных техников. Очередной задачей Наркомздрава в этом отношении должно быть: детальная проработка совместно с Наркомпросом вопроса о высшем медобразовании врачей одонтологов, переквалификация зубных врачей и зубных техников, а также усиление округов последними.

5. Учебную программу курсов по усовершенствованию врачей необходимо пересмотреть в сторону большего уточнения в ней тех практических знаний, которые в данное время особенно нужны врачам по роду их практической работы.

В связи с теми задачами в области диспансеризации, которые возлагает Наркомздрав на участковый медперсонал, врачей медпунктов на предприятиях, врачей помощи на дому и скорой помощи—необходимо озаботиться, чтобы учебная программа курсов по усовершенствованию соответствовала бы тем практическим целям, которые имеются в перечисленных выше видах помощи.

Совещание считает целесообразным практиковать прикомандирование участковых врачей к окружным больницам для усовершенствования своих знаний и для ознакомления с практической работой последних. Это кроме того создаст нормальные условия для правильных взаимоотношений по обмену больных между городскими и сельскими медико-санитарными учреждениями.

6. Принимая во внимание, что качество работы тесно связано с оплатой труда, а последняя продолжает отставать у большинства групп медработников, Совещание считает необходимым поставить перед Наркомздравом, как очередную задачу, повышение заработной платы врачебной, средней и младшей группы медработников. Из врачебной группы особенно нуждаются в повышении заработной платы врачи специалисты, санитарные и школьно-санитарные врачи, администраторы врачи—заведывающие лечебно-санитарными учреждениями и судебно-медицинские эксперты. Необходимо довести заработную плату врачей до того минимума, который имеется в других Союзных Республиках. Врачи одонтологи, работающие в качестве зубных врачей, должны получать наравне с прочими медицинскими врачами общую для последних заработную плату. Заработная плата зубных врачей должна быть повышена.

7. Усилить общественную работу Наркомздрава путем большего оживления деятельности санитарных комиссий в деревне и Советов Социальной помощи при диспансерах и детских консультациях. Совещание обращает особое внимание на работу Советов Социальной Помощи при сельских врачебных амбулаториях, районных больницах и участие медработников в комиссиях по охране труда на предприятиях. Необходимо также больше втягивать в общественную работу акушерок в деревне, не перегружая последних хозяйственными обязанностями. Органы здравоохранения должны тщательно следить за выполнением администрацией лечебных учреждений практических предложений производственных совещаний.

Необходимо создать при Окринспектурах согласно постановления 2-го Всебелорусского С'езда участковых врачей плановые медико-санитарные комиссии из специалистов врачей и чаще практиковать совещания заведывающих лечебно-профилактическими учреждениями города и деревни.

Совещание, одобряя инициативу Наркомздрава о созыве постоянных республиканских совещаний Окружных Инспектур Здравоохранения совместно с инспекторами и консультантами НКЗ, считает целесообразным созывать такие совещания и впредь не реже двух раз в году.

8. Реорганизация медицинской помощи застрахованным на основе единства всей медицины в органах здравоохранения требует усиления связи Наркомздрава и его органов на местах с профсоюзами, особенно в части обслуживания застрахованных. Здравоохранение, тесно спаянное с профсоюзами, с органами социального страхования, с широкими рабочими и крестьянскими массами, увязанное с общим планом народного хозяйства, даст возможность заложить прочную базу для социалистического строительства в БССР.

2. По докладу Инспектора Лечебно-Профилактической части НКЗдрава тов. Фурса Н. К.: „О лечебно-санитарном обслуживании застрахованных в 1926-27 году и перспективах на ближайшие годы" и содокладу Инспектора Лечебно-Профилактической части т. Шаповалова: „Обслуживание семейств военнослужащих"

Заслушав доклад Инспектора Леч.-Проф. части НКЗдрава тов. Фурса Н. К. „О лечебно-санитарном обслуживании застрахованных и перспективах на ближайшие годы" I-ое Совещание Окружных Инспекторов Здравоохранения считает правильной общую линию работы НКЗдрава по обслуживанию застрахованных и отмечает значительный рост и приближение основных видов лечебно-профилактической помощи к застрахованным и качественное их улучшение.

В дальнейшей работе Совещание находит необходимым обратить внимание на следующие моменты:

1. Местный бюджет в последнем году все больше уменьшает свое участие в расширении и качественном улучшении медпомощи застрахованным, ставя таким образом в большое затруднение лечебный фонд, что особенно чувствуется при незначительном росте последнего в 1927-28 году при одновременном росте количества активных застрахованных и повышении их культурных потребностей.

2. Имеющаяся тенденция стабилизации лечебного фонда при одновременном слабом росте местного бюджета ставит под угрозу достигнутые результаты в деле медико-санитарного обслуживания застрахованных.

3. Отмечая важность определенных норм для обслуживания застрахованных основными видами лечебной помощи, совещание находит необходимым проработать на местах вопрос о нормах медобслуживания застрахованных для каждого округа, на основе средних норм для Республики, предложенных НКЗдравом.

4. Правильное разрешение вопросов коечной помощи возможно путем строительства новых больниц в промышленных округах, расширения существующих, более правильного использования существующих коек для нужд застрахованных и одновременно с этим качественного улучшения существующей коечной сети в части: а) оборудования бельем и инвентарем общим и медицинским, б) улучшения и рационализации питания, в) урегулирования вопроса обращаемости койки, приема и выписки больных.

5. Амбулаторная помощь в данный момент в количественном отношении в среднем по республике достаточна; в ближайшее время необходимо особенное внимание обратить на качественное улучшение работы путем:

а) дальнейшей децентрализации амбулаторной помощи по основным специальностям;

б) упрощения и рационализации порядка записи больных;

в) установления нормального рабочего времени и нагрузки для медперсонала и особенно для врачей.

6. Помощь на дому в количественном отношении также достаточна; необходимо обратить внимание на: а) районирование этой помощи, б) улучшение квалификации обслуживающих врачей, в) увязку лечебной работы врача помощи на дому с санитарно-профилактической работой, г) проведение решительной борьбы с неправильными вызовами врачей на дом. Дальнейшее уменьшение количества посещений на дому должно итти параллельно с увеличением коечного фонда.

7. Приступить к постепенному осуществлению положения о медпунктах в части их работы на предприятиях и дальнейшем их расширении. Обратить внимание на подбор и квалификацию врачей медпунктов.

8. Специальные виды лечения необходимо приблизить к застрахованным еще более путем организации их на местах в окружных центрах и крупных районах, в особенности в части физио-терапевтических методов лечения (водо-лечебниц, рентген-кабинетов, кварцевого лечения и т. п.). Необходимо также организовать койки по отдельным специальностям при окружных больницах, в особенности по уху, горлу и носу, глазным болезням, нервным болезням и женским) в части родильных отделений необходимо выделить детские палаты с правильным обслуживанием их). Как опыт, практиковать выезд отдельных специалистов на районы.

9. НКЗдраву изучить вопрос о возможности частичной децентрализации протезной помощи и практиковать, как опыт выезды специалистов из протезной амбулатории для снятия мерок на месте. Обратить внимание Окринспектур на правильность ведения учета протезируемых и направления инвалидов (через Инспектуры) на опротезирование.

10. В области Охматмлада, отмечая недостаточность ясельных коек и необходимость дальнейшего расширения их в городах, обратить в первую очередь внимание на строительство ясель на крупных предприятиях, где имеется значительное количество работниц. Приспособить работу яслей ко времени работы производства.

11. Придавая особое значение оздоровлению детей и подростков, Совещание находит необходимым организовывать в крупных промышленных центрах летние колонии, лагери для пионеров, туберкулезные площадки для ослабленных детей.

12. Отмечая слабую работу на местах по изучению профвредностей, необходимо в промышленных округах (Минск, Гомель, Витебск, Бобруйск) организовать ячейки по изучению профессиональных вредностей, увязав их работу с клиникой профболезней.

13. В целях рационального использования курортно-санаторного фонда, принять все меры к организации курортно-санаторной помощи в пределах Белоруссии, практикуя посылку для кур.-санлечения за пределы БССР только в исключительных случаях.

14. В сельских местностях необходимо: а) шире использовывать коечный фонд в районных больницах для застрахованных, б) в наиболее промышленных районах ввести вечерние приемы, в) обеспечить врачей транспортными средствами для обслуживания застрахованных на дому.

15. В своей дальнейшей работе органы здравоохранения, органы социального страхования и НКТруда должны усилить взаимную связь и своевременно ставить на совместное обсуждение основные вопросы обслуживания застрахованных как в области медико-санитарной помощи, так и в области изучения профредностей и профзаболеваний.

Учитывая необходимость обслуживания медико-санитарной помощью семейства военнослужащих, а там, где нет военнолечебных заведений, и самих военнослужащих, а также то, что местным бюджетом отпускается недостаточно средств на основные виды помощи и совершенно не отпускается средств на специальные виды помощи, Совещание считает необходимым:

1. Окринспектурам Здравоохранения вносить на будущее время в бюджет потребные средства для обслуживания военнослужащих и их семейств, а Наркомздраву принять меры к проведению заявок округов через Республиканские планирующие органы.

2. Окринспектурам бесплатно обеспечить военнослужащих основными видами медпомощи (амбулаторная, стационарная, районная, скорая и медикаментозная) через гражданские лечебно-профилактические учреждения и специальными видами помощи (протезы, посылка на спецлечение), когда на эти виды помощи предусмотрен отпуск средств по бюджету или изыскаются специальные средства (за платное обслуживание военнослужащих, из фондов Исполкомов). Практиковать так же предоставление специальных видов помощи (протезная) по себестоимости.

3. Обслуживание застрахованных военнослужащих, красноармейцев и незастрахованных военнослужащих начальствующего состава производить в гражданских лечебно-профилактических учреждениях, согласно инструкции, утвержденной Правительством БССР (Сборн. Зак. и Расп. Правительства БССР за 1926 г. № 15), производя своевременно перерасчеты с Военно-Санитарным Управлением Округа.

3. По докладу т. Шаповалова „О санитарно-статистической отчетности“.

а) Отметить за время с момента перехода дела санитарно-статистической отчетности из органов НКЗ в органы ЦСУ следующие недочеты:

1. Ухудшение дела представления отчетности с мест, в смысле как нерегулярности этого представления, так и запаздывания в высылке сведений, а также неправильности заполнения граф.

2. Задерживание органами ЦСУ представления сведений органам здравоохранения по заявкам последних.

3. Недостаточное ознакомление работников окружных органов ЦСУ и недостаточная втянутость районных статистиков в дело санитарно-статистической отчетности;

4. Недостаточно внимательное отношение работников здравоохранения к делу санитарно-статистической отчетности.

5. Перебои в снабжении мест бланками санитарно-статистической отчетности.

б) Считать необходимым проведение в дальнейшем след. мероприятий:

1. Наладить четкую, регулярную взаимосвязь между органами здравоохранения и ЦСУ на местах; в частности, необходимо Окружной Инспектуре Здравоохранения поручить одному из работников (а именно—санитарному врачу) осуществление, во-первых, живой связи с Окружным Стат. Бюро и, во-вторых, наблюдения за своевременностью и правильностью представления сведений местами; в каждом учреждении как городской,

так и сельской сети, дело санитарно-статистической отчетности должно быть поручаемо *постоянному* лицу (из состава своих медработников).

2. Добиваться штатной должности регистратора во всех амбулаторных учреждениях городской и сельской сети, имеющих не менее четырех тысяч посещений в месяц (при наличии карточной системы).

3. Вовлечь районных статистиков в дело санитарно-статистической отчетности, увязав их работу с районной организацией здравоохранения.

4. На административных совещаниях при окружных и городских Инспектурах Здравоохранения практиковать заслушание докладов о постановке санитарно-статистической отчетности, с проведением соответствующего инструктажа о методах проведений этой отчетности.

5. Самым решительным образом добиться своевременного представления учреждениями санитарно-статистической отчетности.

Кроме того, окружным Инспектурам Здравоохранения совместно с Окрстатами принять все меры к побуждению учреждений к представлению всех недостающих сведений за 1927 год.

6. Стат. органам озаботиться о бесперебойном снабжении мест бланками санитарно-статистической отчетности и статистическими карточками.

Окружным Инспектурам Здравоохранения принять срочные меры к тому, чтобы на местах имелись в достаточном количестве индивидуальные карточки (где имеется карточная система) и амбулаторные журналы (где карточной системы не имеется).

7 Централизовать издательство всякого рода бланков для медико-санитарных учреждений, создав таковое в Минске. Эти бланки должны выписываться непосредственно учреждениями; Окрздравы и Наркомздрав обязаны проводить контроль за своевременностью выписки и получения этих бланков местами.

8. Считать необходимым выписку всеми учреждениями здравоохранения книги д-ра Смулевича „Заболеваемость и смертность в БССР", как содержащую в себе характеристику социального здоровья населения БССР и социальную патологию главнейших заболеваний БССР.

Кроме того, рекомендовать для ознакомления эту книгу всем медработникам БССР.

9. Всякие новые санитарно-статистические работы предварительно обсуждать на врачебных совещаниях.

Проекты планов работ органов ЦСУ по народному здравию обсуждать на врачебных совещаниях, причем необходимо устанавливать и фиксировать заранее сроки различных выполнений плана.

Санитарно-статистические работы обсуждать на совместных совещаниях органов ЦСУ с органами здравоохранения.

10. Наркомздраву изучить вопрос об разграничении санитарно-статистической работы между органами ЦСУ и НКЗ

4. По докладу д-ра Гуслицер „О взаимоотношениях территориальных и транспортных органов здравоохранения БССР"

а) Отметить, что отношения между транспортными отделами здравоохранения и учреждениями последних, находящихся на территории БССР,—с одной стороны, и органами НКЗ БССР,—с другой,—за отчетное время в общем были вполне нормальными и взаимноконтактированными, согласно соответствующего постановления СНК СССР.

б) Считать необходимым дальнейшее большее укрепление этой связи на основах след. конкретных положений.

1. Транспортные (как участковые, так и санитарные) врачи принимают живое участие во всех совещаниях при Окружных Инспектурах Здравоохранения и в районных санитарных совещаниях (по принадлежности), делая на них периодические доклады, по приглашению этих совещаний и по согласованию с докладчиками.

2. При проведении ударных санитарно-профилактических кампаний транспортные врачи (как участковые, так и санитарные) проводят работу по директивам своих Здравотделов, согласуя ее с местными территориальными органами, проводящими соответствующие кампании.

3. При проведении крупных санитарно-профилактических мероприятий по линии или при разработке противоэпидемических планов по всей линии транспортного здравотдела в пределах БССР, означенные проекты и планы согласуются транспортным здравотделом с НКЗ БССР.

4. В области санитарно-просветительной работы транспортные и территориальные организации здравоохранения взаимно помогают друг другу при обслуживании прилегающих к линии населенных мест, на основах договоренности между соответствующими транспорными и территориальными отделами здравоохранения.

5. В работе транспортных врачей ОЗД должен быть установлен тесный контакт с Окружными Инспектурами Здравоохранения, как в области противо-эпидемической, так и в области педологического обслуживания.

5. По докладу Народного Комиссара Здравоохранения БССР т. Барсукова о журнале „Беларуская Мэдычная Думка"

Заслушав доклад Народного Комиссара Здравоохранения тов. Барсукова, совещание отмечает, что журнал „Беларуская Мэдычная Думка" взял правильное направление, освещая на своих страницах вопросы здравоохранения, а также теоретической, экспериментальной и клинической медицины, и стал таким образом во исполнение директивы II-го Всебелорусского С'езда участковых врачей действительно общественным и необходимым органом для всей врачебной массы Белоруссии.

На будущее время совещание считает необходимым:

1. Создать институт уполномоченных редакции журнала в лице Окружных Инспекторов Здравоохранения, на обязанности которых лежит собирание и пересылка материала для журнала, принятие подписки и проч.

2. Для освещения жизни и деятельности медико-санитарных учреждений создать при последних сеть корреспондентов.

3. Широко популяризировать журнал среди медработников, а также лиц и учреждений, близко стоящих по своей деятельности к делу здравоохранения, привлекая к этому союз, научн. мед. об-ва, врачебную секцию, Красный Крест, Советы Физкультуры.

4. Окружным Инспекторам Здравоохранения провести на местах обязательную выписку журнала всеми медико-санитарными учреждениями, не исключая фельдшерско-акушерских пунктов.

5. Ввести в журнале официальный отдел, помещая в нем Распоряжения Правительства по здравоохранению и циркуляры НКЗдрава руководящего характера.

6. Для большего удовлетворения запросов медицинских работников в области практической медицины, расширить реферативный отдел, освещая в нем все новейшие достижения науки.

Бюллетень эпидемических заболеваний по БССР.

Движение заразных заболеваний по БССР за октябрь м-ц 1927 г.

№№ по порядку	ГОРОДА И ОКРУГА	Название болезней									
		Тифы									
		Сыпной	Возвратный	Брюшной и паратиф	Дизентерия	Скарлатина	Оспа	Корь	Дифтерия	Сибирская язва	Церебро-спинальный менингит
1	гор. Минск	—	—	7	—	54	—	9	20	—	—
2	районы	—	1	21	19	166	—	65	32	—	—
	Итого	—	1	28	19	220	—	74	52	—	—
3	гор. Орша	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
4	районы	2	—	39	9	46	4	46	18	—	1
	Итого	2	—	40	9	46	4	46	18	—	1
5	гор. Могилев	1	—	3	1	15	—	1	6	—	1
6	районы	11	—	18	14	119	1	75	53	—	1
	Итого	12	—	21	15	134	1	76	59	—	2
7	гор. Полоцк	—	—	7	—	8	—	11	—	—	—
8	районы	—	—	17	—	16	—	8	5	—	—
	Итого	—	—	24	—	24	—	19	5	—	—
9	гор. Бобруйск	—	—	6	—	6	—	—	8	—	—
10	районы	5	—	52	—	141	—	47	37	—	1
	Итого	5	—	58	39	147	—	47	45	—	1
11	гор. Витебск	—	—	10	—	78	—	289	14	—	—
12	районы	—	—	7	5	30	—	14	10	—	—
	Итого	—	—	17	5	108	—	303	24	—	—
13	гор. Гомель	—	—	22	—	54	—	14	10	1	—
14	районы	—	—	28	9	48	—	166	73	2	2
	Итого	—	—	50	9	102	-	180	83	3	2
15	гор. Мозырь	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—
16	Районы	—	—	3	8	34	—	2	11	—	—
	Итого	1	—	7	8	35	—	2	11	—	—
	Всего	20	1	245	104	810	5	747	297	3	6

Движение заразных заболеваний по БССР за ноябрь м-ц 1927 г.

№№ по порядку	ГОРОДА и ОКРУГА	Наименование болезней									
		Тифы									
		Сыпной	Возвратный	Брюшной и паратиф	Дизентерия	Скарлатина	Оспа	Корь	Дифтерия	Сибирская язва	Церебро-спинальный менингит
1	гор. Минск	—	—	5	—	69	—	303	14	—	—
2	районы	6	—	17	8	84	—	53	26	—	2
	Итого	6	—	22	8	153	—	356	40	—	2
3	гор. Бобруйск	—	—	5	—	2	—	2	1	—	—
4	районы	5	—	41	27	239	1	39	50	1	1
	Итого	5	—	46	27	241	1	41	51	1	1
5	гор Полоцк	—	—	9	—	17	—	69	—	—	—
6	районы	1	—	13	1	24	—	66	3	—	1
	Итого	1	—	22	1	41	—	135	3	—	1
7	гор. Гомель	—	—	11	—	101	—	53	14	1	—
8	районы	1	—	55	4	116	—	167	70	1	5
	Итого	1	—	66	4	217	—	220	84	2	5
9	гор. Витебск	1	—	6	2	145	—	1098	23	—	—
10	районы	4	—	10	—	71	—	106	12	—	1
	Итого	5	—	16	2	216	—	1204	35	—	1
11	гор. Мозырь	—	—	3	1	10	—	9	—	—	—
12	районы	1	—	28	3	31	—	14	11	—	1
	Итого	1	—	31	4	41	—	23	11	—	1
13	гор. Орша	—	—	—	—	—	—	27	—	—	—
14	районы	2	—	18	2	33	1	26	7	—	1
	Итого	2	—	18	2	33	1	53	7	—	1
15	гор. Могилев	4	—	4	—	39	—	1	2	—	—
16	районы	6	—	29	5	213	—	148	28	1	2
	Итого	10	—	33	5	252	—	149	30	1	2
	Всего	31	—	254	53	1194	2	2181	261	4	14

Движение заразных заболеваний по БССР за декабрь м-ц 1927 г.

№№ по порядку	ГОРОДА и ОКРУГА	Название болезней									
		Тифы									
		Сыпной	Возвратный	Брюшной и паратиф	Дизентерия	Скарлатина	Оспа	Корь	Дифтерия	Сибирская язва	Церебро-спинальный менингит
1	гор. Минск	1	—	4	—	59	—	953	19	—	—
2	районы	40	—	11	11	155	—	180	35	—	—
	Итого	40	—	15	11	214	—	1133	54	—	—
3	гор. Бобруйск	—	—	2	—	4	—	16	6	—	—
4	районы	8	—	42	6	254	—	169	61	—	—
	Итого	8	—	44	6	258	—	185	67	—	—
5	гор. Полоцк	—	—	16	—	5	—	243	—	—	—
6	районы	—	3	24	—	59	—	154	9	—	1
	Итого	—	3	40	—	64	—	397	9	—	1
7	гор. Гомель	2	—	9	—	70	—	88	11	—	—
8	районы	3	—	37	4	70	—	51	52	1	3
	Итого	5	—	46	4	140	—	139	63	1	3
9	гор. Витебск	3	—	12	—	84	—	427	8	—	—
10	районы	4	1	5	7	64	—	136	5	—	—
	Итого	7	1	17	7	148	—	563	13	—	—
11	гор. Мозырь	—	—	15	—	4	—	140	41	—	—
12	районы	—	—	16	2	136	52	52	—	1	—
	Итого	—	—	31	2	140	52	192	41	1	—
13	гор. Орша	—	—	1	2	2	—	319	—	—	—
14	районы	25	—	139	8	53	—	119	16	—	2
	Итого	25	—	140	10	55	—	438	16	—	2
15	гор. Могилев	—	—	1	—	4	—	—	1	—	1
16	районы	61	—	6	2	42	—	86	14	—	5
	Итого	61	—	7	2	46	—	86	15	—	6
	Всего	147	4	340	42	1065	52	3133	278	2	12

Движение заразных заболеваний по БССР за январь м-ц 1928 г.

№№ по порядку	ГОРОДА и ОКРУГА	Название болезней									
		Тифы									
		Сыпной	Возвратный	Брюшной и паратиф	Дизентерия	Скарлатина	Оспа	Корь	Дифтерия	Сибирская язва	Церебро-спинальный менингит
1	гор. Минск . .	1	—	9	—	34	—	772	17	—	2
2	районы . . .	49	—	12	3	134	2	45	23	—	4
	Итого . .	50	—	21	3	168	2	817	40	—	6
3	гор. Бобруйск . .	—	—	2	—	11	—	10	7	—	—
4	районы . . .	22	1	108	2	114	—	75	45	—	4
	Итого . .	22	1	110	2	125	—	85	52	—	4
5	гор. Полоцк . .	—	—	5	—	17	—	90	3	—	2
6	районы . . .	5	4	13	1	35	—	216	9	—	3
	Итого . .	5	4	18	1	52	—	306	12	—	5
7	гор. Гомель . .	3	—	15	—	54	—	219	8	—	7
8	районы . . .	9	—	29	3	102	—	51	43	1	6
	Итого . .	12	—	44	3	156	—	270	51	1	13
9	гор. Витебск . .	5	—	5	—	80	—	182	13	—	—
10	районы . . .	2	—	8	6	87	—	103	11	—	1
	Итого . .	7	—	13	6	167	—	285	24	—	1
11	гор. Мозырь . .	сведения не представлены									
12	районы . . .										
	Итого . .										
13	гор. Орша . .	2	—	—	2	13	—	114	2	1	—
14	районы . . .	75	—	127	5	197	—	78	26	—	3
	Итого . .	77	—	127	7	210	-	192	28	1	3
15	гор. Могилев . .	3	—	3	—	41	—	5	8	3	1
16	районы . . .	119	—	22	5	190	1	202	56	—	2
	Итого . .	122	—	25	5	231	1	207	64	3	3
	Всего . .	295	5	358	27	1109	3	2162	271	5	35

ОГЛАВЛЕНИЕ

0000000 1860550